

معاون امدادی آلات اور خدمات کی درخواست کا فارم

If you are working with a client who may be deaf or hard-of-hearing:

1. Refer to the Desk Guide to Working with Clients who are Deaf or Hard-of-Hearing (DHS-3).
2. Contact your supervisor.
3. **Give page 2 (Auxiliary Aids and Services Request Form) to the client** and ask them to complete the form.
  - Some clients who are deaf or hard-of-hearing may not be able to read this form. **If a client needs assistance with reading and/or filling out the form, please request a sign language interpreter immediately.**
  - The Auxiliary Aids and Services Request Form is available in 11 languages. If the client reads or writes in a language other than English, please provide them with page 2 of the form in the language they prefer.
4. Fill out the section below on this page.
5. Once the form is **completed by the client, please do the following:**
  - **Scan both pages** into the client's case file in CARES;
  - **Email both pages** to [eoas@dhs.nyc.gov](mailto:eoas@dhs.nyc.gov);
  - **Make a copy of the form** and place it in the client's hard copy file; and
  - **Give the original** to the client to keep.

**The Auxiliary Aids and Services Request Form is only for record keeping.** To order an interpreter for this client, follow the steps outlined in the Desk Guide to Working with Clients who are Deaf or Hard-of-Hearing (DHS-3), or speak to your supervisor.

**DHS and Provider Staff must complete this section:**

Intake/Shelter Name: \_\_\_\_\_

Staff Name and Title: \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ CARES ID: \_\_\_\_\_

Type of Aid Provided: \_\_\_\_\_

If requested aid could not be provided, explain why: \_\_\_\_\_

Staff signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DHS اور فراہم کنندہ عملہ کے لیے ہدایات اس صفحہ پر موجود ہیں۔**

## معاون امدادی آلات اور خدمات کی درخواست کا فارم

آپ نے بہرے یا اونچا سننے والے کے بطور خود کی نشاندہی کی ہے یا آپ کی نشاندہی کی گئی ہے۔ قانونی طور پر آپ کو پناہ کے لیے درخواست دینے کے وقت اور پناہ گاہ میں اپنے قیام کے دوران DHS اور فراہم کنندہ عملہ سے بات چیت کرنے میں اپنی مدد کے لیے خدمات اور/یا ڈیوائسز کی درخواست کرنے کا حق ہے۔

ذیل کے سیکشنز میں، آپ DHS کے عملہ سے بات چیت کرنے میں اپنی مدد کے لیے اشاراتی زبان کے ترجمان یا کسی دیگر امداد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ براہ کرم جان لیں کہ امداد کی آپ کی پہلی پسند ممکن ہے فوری طور پر دستیاب نہ ہو، لیکن DHS آپ کی اعانت کرنے کے لیے ایک مناسب امداد فراہم کیے جانے کو یقینی بنانے کے اقدامات کرے گا۔

### کلانٹ کی معلومات

نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
دستخط: \_\_\_\_\_ آج کی تاریخ: \_\_\_\_\_

### کلانٹ کی درخواست

میں درج ذیل کا استعمال کر کے DHS اور فراہم کنندہ عملہ سے بات چیت کرنا پسند کرتا ہوں:



اشاراتی زبان کا ترجمان

\_\_\_\_\_ اشاراتی زبان کی قسم (مثلاً، امریکی اشاراتی زبان [American Sign Language, ASL])

دستیاب ہونے پر، میں چاہتا ہوں کہ میرے خاندان کا ممبر یا دوست اشاراتی زبان کے میرے ترجمان کے بطور کام کرے۔

خاندان کے ممبر یا دوست کے رابطے کی معلومات:

نام: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

ای میل: \_\_\_\_\_

دیگر ڈیوائسز یا خدمت: \_\_\_\_\_

تبصرے: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

یہ صفحہ کلانٹ کو مکمل کرنا چاہیے۔