**REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)**

**KAHILINGAN SA DAGDAG NA TULONG (KUMPIDENSIYAL)**

**SA ILALIM NG SINUSUGANG TITLE II NG AMERICANS WITH DISABILITIES ACT**

**DEPARTAMENTO NG LINGKURANG PANTAO**

**MGA KLIYENTE AT APLIKANTE NG PAGLILINGKOD, PROGRAMA AT AKTIBIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | Petsa ng Kahilingan: | | | |  | | | |
| Mangyaring I-tsek ang Isa: | | | | | | Aplikante | | | | Kliyente | | | |
| Pangalan ng Humihiling: | | | | | |  | | | | | | | |
| Programa/Aktibidad o Paglilingkod: | | | | | |  | | | | | | | |
| Dibisyon/Seksyon/Yunit: | | | | | |  | | | | | | | |
| Adres (Mailing Address) : | | | | | |  | | | | | | | |
| Teleponong Pang-araw: | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **APLIKASYON**  **(Kukumpletuhin ng kliyente/aplikante)** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Hinihiling ko ang sumusunod na dagdag-tulong: | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Mahalaga sa akin ang mga dagdag-tulong dahil: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Pirma ng Humihiling: | | |  | | | | | | | Petsa: | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **KAPASIYAHAN**  **(Kukumpletuhin ng Department of Human Services)** | | | | | | | | | | | | | |
| Ang kahilingan mo noong | | | |  | | | | | para sa dagdag-tulong ay: | | | | |
|  | | | | (Petsa ng Kahilingan) | | | | |  | | | | |
|  | Aprubado | INILAANG DAGDAG\_TULONG: | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Hindi Aprubado | DAHILAN NG PAGTANGGI: | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Aprubado na may Pagbabago: | | | |  | | | | | | | | |
|  | Aprubado para sa Panahon ng Pagsubok mula: | | | | | | |  | | | hanggang: | |  |
|  | Komentaryo: |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
| Kung hindi ka sang-ayon sa pasyang ito, maaari kang magbigay ng karagdagang impormasyon para lalong mapangatwiran ang kahilingan mo sa pag-kontak kay Geneva Watts, Civil Rights Compliance Officer, sa 586-4955 o sa [gwatts@dhs.hawaii.gov](mailto:gwatts@dhs.hawaii.gov). | | | | | | | | | | | | | |