

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**

Mangyaring I-tsek ang Isa: Petsa ng Kahilingan: _____

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.