

REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)

申請輔助裝備 (保密)
根據美國殘疾人法案第 II 部分, 經修訂
申請服務, 項目和活動的客戶和申請人

申請日期: _____

請選一個: 申請人 客戶
申請者名稱: _____
項目/活動或服務: _____
分部/區/單元: _____
郵寄地址: _____
白天電話: _____

申請
(由客戶/申請人完成)

1. 我申請如下輔助裝備: _____

2. 如下輔助裝備對我有必要, 因為下述原因:

申請者簽名: _____ 日期: _____

**僅供內部用
決定**

你對於輔助裝備的申請 _____ 已經被:
(申請日期)
 通過 提供輔助裝備: _____
 不通過 拒絕原因: _____
 經修改後通過: _____
 通過試用, 期限為 _____ 到: _____
評論: _____

如果你不同意這個決定, 你可以提供更多信息, 以便進一步證實你的申請, 請聯繫 Geneva Watts, Civil Rights Compliance Officer, 公民權利投訴官員, 電話 586-4955 或通過電子郵件 gwatts@dhs.hawaii.gov。