**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. |