

**REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)**

補助的援助の要請 (秘密)  
改正米国障害者法第2章に基づく

サービス、プログラム、およびアクティビティのクライアントおよび申請者

要請日： \_\_\_\_\_

ひとつを選んでチェックしてください：

申請者

クライアント

要請者の氏名： \_\_\_\_\_

プログラム/アクティビティまたはサービス： \_\_\_\_\_

ディヴィジョン/セクション/ユニット： \_\_\_\_\_

郵便物宛先： \_\_\_\_\_

日中の電話番号： \_\_\_\_\_

**申請書**

(クライアント/申請者が完全記入する)

1. 私は次の補助的援助を要請します： \_\_\_\_\_

---



---



---



---

2. 次の理由により、私はこの補助的援助を必要としています：

---



---



---



---

要請者の署名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

**内部使用のみ  
決定**

あなたからの補助的援助としての \_\_\_\_\_ の要請は：  
(要請日)

承認されました 提供される補助的援助： \_\_\_\_\_

否認されました 否認理由： \_\_\_\_\_

修正を加えて承認されました： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ までの試行期間で承認されました

コメント： \_\_\_\_\_

本決定に同意されない場合には、あなたの要請をさらに立証するための追加情報を提出することができます。人権擁護オフィサー、Geneva Watts, Civil Rights Compliance Officer  
までご連絡ください。586-4955 または [gwatts@dhs.hawaii.gov](mailto:gwatts@dhs.hawaii.gov).