

Formulario de Petición de Comunicación Efectiva



El Departamento de Elecciones de la Secretaría del

Condado Harris continúa asegurándose de que cada votante con una discapacidad pueda votar de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). A medida que desarrollamos más oportunidades en todo el Condado Harris para promover una comunidad inclusiva, hemos aumentado la accesibilidad de la comunicación efectiva para las personas que tienen discapacidades visuales, auditivas o del habla (discapacidades de comunicación). La comunicación efectiva significa simplemente que lo que se escribe o se habla debe ser tan claro y comprensible para las personas con discapacidades como lo es para las personas que no tienen discapacidades.

Para cumplir con esta obligación, el Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris, siempre que sea necesario, proporciona, de forma gratuita, ayudas y servicios auxiliares adecuados a las personas con discapacidades, incluyendo a los padres, cónyuge o acompañante del votante. El objetivo es asegurar que la comunicación con las personas con estas discapacidades sea igual de eficaz que la comunicación con las personas sin discapacidades.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de ayudas y servicios auxiliares que ofrece el Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris:

- ☐ Interpretación en Lengua de Señas Americana (LSA) en vivo
- ☐ Transcripción en Tiempo Real Asistida por Computadora (CART)
- ☐ Interpretación en lengua de señas táctil
- ☐ Máquinas de votación accesibles con modificación de fuente y contraste
- ☐ Dispositivo de Interfaz Táctil Auditiva (ATI) para función de texto a voz en la máquina de votar

Una persona puede presentar una solicitud llenando este formulario y enviándola por correo electrónico a ada@vote.hctx.net o por correo a:

Harris County Clerk's Office Elections Department
15600 Morales Road
Houston, Texas 77032

Fecha de hoy: _____

Fecha en que se necesita ayuda o servicio auxiliar:

Ubicación de donde se necesita ayuda o servicio auxiliar:

Nombre de la persona con discapacidad:

Naturaleza de la discapacidad:

- | | |
|--|---|
| ☐ Ciego | ☐ Dificultad auditiva |
| ☐ Visión reducida | ☐ Sordo/ciego |
| ☐ Sordo | ☐ Discapacidad del habla |
| ☐ Otro: _____ | |

Nombre del acompañante (si corresponde):

Relación con la persona con discapacidad:

- ☐ Miembro de la familia
- ☐ Amigo
- ☐ Otro: _____

Información de contacto de la persona con discapacidad (u otra persona, si corresponde):

¿La persona con discapacidad desea un intérprete calificado o un intérprete oral?

- ☐ Sí. Elija uno (de forma gratuita):
 - ☐ Lengua de Señas Americana (LSA)
 - ☐ Inglés de señas
 - ☐ Intérprete oral
 - ☐ Otro (explique): _____
- ☐ No.

¿Cuál de las siguientes opciones sería útil para la persona con discapacidad (de forma gratuita)?

- ☐ Videófono
- ☐ Dispositivo de asistencia auditiva (amplificador de sonido)
- ☐ Tomador de notas calificado
- ☐ Lector calificado
- ☐ Escribir uno al otro
- ☐ Otro (explique): _____

Las quejas relacionadas con la ADA, incluidas las relacionadas con esta póliza, sobre áreas asociadas con las Normas 2010 deberán dirigirse inmediatamente al Coordinador de la ADA del Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris. El Formulario de Reclamación por Discapacidad está disponible en línea en **HarrisVotes.com** para envíos electrónicos. A cada centro de votación también se le ha proporcionado un Formulario de Quejas de Discapacidad por escrito, en caso de que surja una queja en cualquiera de las entidades de votación. El Coordinador de la ADA reconocerá y seguirá los procedimientos descritos en el procedimiento de quejas para abordar la queja y cualquier apelación. Los procedimientos están disponibles en **HarrisVotes.com**.