

Formulario de Petición de Comunicación Efectiva



El Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris continúa garantizando que todos los votantes con una discapacidad puedan votar de acuerdo con el Acta de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés). A medida que desarrollamos más oportunidades en todo el Condado Harris para fomentar una comunidad inclusiva, hemos aumentado la accesibilidad a la comunicación efectiva para las personas que tienen discapacidades visuales, auditivas o del habla (discapacidades de comunicación). La comunicación efectiva simplemente significa que todo lo que se escriba o se hable debe ser lo más claro posible y comprensible para las personas con discapacidades al igual que lo es para las personas que no las tienen.

Para cumplir con esta obligación, el Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris, cuando sea necesario, proporciona, de forma gratuita, ayudas y servicios auxiliares apropiados a personas con discapacidades, incluidos los padres, cónyuges o acompañantes de un votante. El objetivo es garantizar que la comunicación con personas con estas discapacidades sea tan efectiva como la comunicación con personas sin discapacidades.

A continuación se muestran algunos ejemplos de ayudas y servicios auxiliares que brinda el Departamento de Elecciones de la Secretaría del Condado Harris:

- Interpretación en directo del lenguaje de señas americano (ASL)
- Transcripción en tiempo real asistida por ordenador (CARTT)
- Interpretación táctil del lenguaje de señas
- Máquinas de votación accesibles con modificación del tipo de letra y del contraste
- Dispositivo de interfaz táctil de audio (ATI) para la función de texto en voz alta en la máquina de votación

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

Harris County Clerk's Office Elections Department
1001 Preston St.
Houston, Texas 77002

Fecha de Hoy: _____

Fecha en la que se necesita la ayuda o el servicio auxiliar:

Lugar en el cual se necesita la ayuda o el servicio auxiliar:

Nombre de la persona con discapacidad:

Tipo de discapacidad:

- Ciego
- Visión reducida
- Sordo
- Otra: _____
- Dificultad auditiva
- Sordo/Ciego
- Dificultad del habla

Nombre del acompañante (si procede):

Relación con la persona con discapacidad:

- Miembro de la familia
- Amigo
- Otro: _____

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

¿Quiere la persona con discapacidad un intérprete calificado o un intérprete oral?

- Sí. Elija uno (gratuito):
 - Lenguaje de Señas Americano (ASL)
 - Inglés con Señas
 - Intérprete Oral
 - Otro (explique): _____
- No.

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

- Videófono
- Dispositivo de ayuda a la escucha (amplificador de sonido)
- Tomador de notas calificado
- Lector calificado
- Escribir uno al otro
- Otra (explique): _____

Las quejas sobre la ADA, incluidas las relacionadas con esta póliza, en relación con las áreas asociadas a 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 es accesible en línea en [HarrisVotes.com](https://www.harrisvotes.com) para su presentación electrónica. También se ha proporcionado a cada centro de votación 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 reclamación para tratar la queja y cualquier apelación. Los procedimientos están disponibles en [HarrisVotes.com](https://www.harrisvotes.com).

