

استمارة تفويض ممثل DS 1819 (تاريخ التنقيح: 2023/12)

ما الغرض من هذه الاستمارة؟

تُستخدم هذه الاستمارة لمنح الإذن بمشاركة معلومات شخصية عنك (أي عن الشخص الذي يلتمس أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي). ويمكن استخدامها أيضاً لمنح شخص ما إذنًا بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. ويختلف ذلك عن الممثل المفوض الذي يعينه مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو المحكمة.

ولا يحتاج والدا الأطفال القصر أو الأولياء أو الأوصياء القانونيون للأشخاص الذين يلتمسون أو يتلقون خدمات المركز الإقليمي إلى ملء هذه الاستمارة لمنح الإذن لأنفسهم، لأن لديهم بالفعل إذنًا قانونياً. ولكنهم قد يستخدمون هذه الاستمارة لمنح شخص آخر الإذن بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. وقد يُطلب لاحقاً تقديم ما يثبت علاقتكم بالشخص الذي يلتمس أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي.

وفيما يلي الأنواع المختلفة لشكاوى حقوق المستهلك وتظلمات الخدمة:

- شكوى البداية المبكرة: إذا كنت تعترض على خدمة أو قرار أهلية، أو تعتقد أن الحقوق قد انتهكت لطفل من الولادة وحتى سن الثالثة.
- التظلم من خدمة بموجب قانون لانترمان: إذا كنت تعترض على خدمة بموجب قانون لانترمان أو قرار أهلية اقترحه مركز إقليمي.
- 4731 (شكوى حقوق المستهلك): إذا كنت تعتقد أن مركزاً إقليمياً أو مقدم خدمة قد انتهك حقوقك. ولا تتعلق هذه الشكاوى بالخدمات أو الأهلية.

أماكن الحصول على المساعدة

- منسق الخدمة الخاص بك، أو غيره من موظفي المركز الإقليمي، إذا طلبت منهم ذلك.
- المدافع عن حقوق العملاء عبر الهاتف رقم:
 - 390-7032 (800) بالنسبة لسكان شمال كاليفورنيا،
 - أو 833-6712 (866) بالنسبة لسكان جنوب كاليفورنيا،
 - [البحث عن المدافع عن حقوق العملاء في مركزك الإقليمي هنا.](#)
- مكاتب أمين المظالم عبر الهاتف رقم 658-9731 (877) أو البريد الإلكتروني: ombudsperson@dds.ca.gov، أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](#).
- إذا كنت في برنامج تقرير المصير، فيرجى إرسال بريد إلكتروني إلى: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](#).
- مجلس الولاية للإعاقات النمائية. للعثور على المكتب المحلي لمجلس الولاية للإعاقات النمائية، اختر "المكاتب الإقليمية" (Regional Offices) في الجزء العلوي من صفحة الويب: www.sccd.ca.gov ثم اختر منطقتك. ويمكنك أيضاً التواصل مع مجلس الولاية للإعاقات النمائية عبر الهاتف رقم 818-9886 (833).
- حقوق ذوي الإعاقات في كاليفورنيا عبر الهاتف رقم:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 للاتصال الهاتفي النصي
 - يمكنك أيضاً ملء [استمارة التسجيل الإلكترونية الخاصة بحقوق ذوي الإعاقات في كاليفورنيا](#).
- يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من مركز موارد الأسرة: <https://frcnca.org/get-connected>.
- قد يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للأباء أو منظمة مجتمعية يمكنها مساعدتك.

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

* حقول مطلوبة

معلومات عن الشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

الاسم الأول:	* الاسم الأخير:	* تاريخ الميلاد:	رمز التعريف الفريد للعميل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* المركز الإقليمي:

ما الغرض من التمثيل؟ (يمكنك تحديد أكثر من خيار واحد)

<input type="checkbox"/> شكوى بشأن حقوق المستهلكين (4731)	<input type="checkbox"/> تظلم بشأن خدمات لانترمان أو الأهلية
<input type="checkbox"/> شكوى بشأن البداية المبكرة	<input type="checkbox"/> غير ذلك:

معلومات الممثل:

الاسم الأول:	* الاسم الأخير:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* العلاقة بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

<input type="checkbox"/> والد أو والدة طفل بالغ	<input type="checkbox"/> وكيل قانوني	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة	<input type="checkbox"/> محام	
<input type="checkbox"/> صديق	<input type="checkbox"/> وصي	

* عنوان الشارع:

<input type="text"/>	* رقم الشقة:
----------------------	--------------

* المدينة:

<input type="text"/>	* الرمز البريدي:
----------------------	------------------

رقم الهاتف الأساسي:	نوع الهاتف الأساسي:	هل توافق على تلقي رسائل نصية؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> هاتف محمول <input type="checkbox"/> هاتف منزلي <input type="checkbox"/> هاتف العمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد تُطبَّق رسوم بيانات)

رقم الهاتف الإضافي:	نوع الهاتف الإضافي:	هل توافق على تلقي رسائل نصية؟
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> هاتف محمول <input type="checkbox"/> هاتف منزلي <input type="checkbox"/> هاتف العمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد تُطبَّق رسوم بيانات)

عنوان البريد الإلكتروني:

<input type="text"/>

قسم التوقيع:

بالتوقيع على هذه الاستمارة، أمنح الممثل المذكور أعلاه إذنًا خطيًا بتلقي المعلومات و/أو تمثيل الشخص الذي يتلقى أو يلتمس الخدمات، على النحو المحدد أعلاه.

* التوقيع:

<input type="text"/>	* الاسم بحروف واضحة:
----------------------	----------------------

* تاريخ التوقيع:

<input type="text"/>

إذا كنت تملأ هذه الاستمارة نيابةً عن شخص آخر، فما علاقتك بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

<input type="checkbox"/> والد طفل قاصر
<input type="checkbox"/> ولي قانوني
<input type="checkbox"/> وصي قانوني
<input type="checkbox"/> ممثل مفوض (*عَيِّنَتْك هيئة إدارية مثل مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو محكمة)

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة