

### کاربرد این فرم چیست؟

کاربرد این فرم صدور اجازه برای اشتراک گذاری اطلاعات شخصی در مورد شما است (کسی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات از مرکز منطقه‌ای است). همچنین می‌توان از آن برای دادن اجازه به کسی برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف‌کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کرد. این نماینده با نماینده مجازی که توسط شورای ایالتی معلولیت‌های رشدی (SCDD) یا دادگاه منصوب می‌شود متفاوت است.

والدین یک کودک زیر سن قانونی، حافظ حقوق، یا قیم قانونی افرادی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای هستند، نیازی به تکمیل این فرم برای اجازه دادن به خود ندارند. آنها از قبل مجوز قانونی دارند. البته، آنها می‌توانند از این فرم برای دادن مجوز به شخص دیگری برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف‌کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کنند. ممکن است بعداً به ارائه مدرکی مبنی بر ارتباط با شخصی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای است نیاز باشد.

انواع مختلف شکایات حقوق مصرف‌کننده و درخواست خدمات عبارتند از:

- شکایت شروع زودهنگام - وقتی با رای مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن مخالف هستید یا اعتقاد دارید که حقوق کودک از بدو تولد تا سه سالگی نقض شده است.
- درخواست تجدیدنظر خدمات لنترمین - زمانی که با خدمات لنترمین یا رای واجد شرایط بودن پیشنهاد شده توسط یک مرکز منطقه‌ای مخالف هستید.
- 4731 (شکایت حقوق مصرف‌کننده) - زمانی که فکر می‌کنید حقوق شما توسط یک مرکز منطقه‌ای یا یک ارائه دهنده خدمات نقض شده است. این شکایات مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن نیست.

### از کجا باید کمک گرفت

- مسئول هماهنگی خدمات شما یا سایر کارکنان مرکز منطقه‌ای، در صورتی که از آنها بخواهید.
- وکیل حقوق مشتریان شما (CRA) از طریق شماره تماس:
  - 390-7032 (800) برای شمال کالیفرنیا، یا
  - 833-6712 (866) برای جنوب کالیفرنیا، یا
  - [وکیل حقوق مشتریان را در مرکز منطقه‌ای خود در اینجا بیابید.](#)
- دفاتر Ombudsperson به شماره 658-9731 (877) یا [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)، یا اطلاعات بیشتر را [به صورت آنلاین اینجا](#) بیابید.
  - اگر در برنامه خودتعیین‌گری هستید، لطفاً به [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) ایمیل بزنید یا اطلاعات بیشتر را [آنلاین در اینجا](#) بخوانید.
- شورای ایالتی ناتوانی‌های رشدی (SCDD). برای پیدا کردن دفتر SCDD محلی خود، «دفاتر منطقه‌ای» را در بالای این صفحه وب انتخاب کنید: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov)، و سپس منطقه خود را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید با شماره 818-9886 (833) با SCDD تماس بگیرید.
- حقوق معلولان کالیفرنیا (DRC) به شماره:
  - 1-800-776-5746
  - 1-800-719-5798 برای تماس TTY
  - همچنین می‌توانید [فرم دریافت آنلاین DRC](#) را تکمیل کنید.
- همچنین می‌توانید از مرکز منابع خانواده کمک بگیرید: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- مرکز منطقه‌ای شما می‌تواند به شما کمک کند تا یک گروه محلی پشتیبانی والدین یا سازمان مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که بتواند به شما کمک کند.

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی

اطلاعات در مورد شخصی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال آن است:

نام:	* نام خانوادگی	* تاریخ تولد:	شناسه مشتری منحصر به فرد (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* مرکز منطقه‌ای:

برای چه می‌خواهید نماینده داشته باشید؟ (شما می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید)

<input type="checkbox"/> شکایت حقوق مصرف‌کنندگان (4731)	<input type="checkbox"/> خدمات لنترمین یا درخواست تجدید نظر واجد شرایط بودن
<input type="checkbox"/> شکایت برای شروع زود هنگام	<input type="checkbox"/> سایر موارد: <input type="text"/>

اطلاعات نماینده:

نام:	* نام خانوادگی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* ارتباط با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است:

<input type="checkbox"/> پدر و مادر یک فرزند بالغ	<input type="checkbox"/> وکیل مدافع	<input type="checkbox"/> سایر موارد:
<input type="checkbox"/> عضو خانواده	<input type="checkbox"/> وکیل	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> دوست	<input type="checkbox"/> قیم	

\* آدرس خیابان:

\* شماره آپارتمان:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

\* شهر:

\* زیپ کد:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

\* شماره تلفن اصلی:

نوع شماره تلفن اصلی:

<input type="checkbox"/> همراه	<input type="checkbox"/> خانه	<input type="checkbox"/> محل کار
<input type="text"/>		

دریافت تست ابرادی ندارد؟

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
(هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود)	

شماره تلفن ثانویه:

نوع شماره تلفن اصلی:

<input type="checkbox"/> همراه	<input type="checkbox"/> خانه	<input type="checkbox"/> محل کار
<input type="text"/>		

دریافت تست ابرادی ندارد؟

<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
(هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود)	

آدرس ایمیل:

<input type="text"/>
----------------------

بخش امضا:

با امضای این فرم، من به نماینده ذکر شده در بالا اجازه کتبی می‌دهم تا اطلاعات دریافت کند و یا نماینده دریافت کننده یا فرد متقاضی خدمات باشد، همانطور که در بالا مشخص شده است.

\* امضا:

\* نام با حروف مجزا:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

\* تاریخ امضا:

<input type="text"/>
----------------------

اگر از طرف شخص دیگری این فرم را پر می‌کنید، رابطه شما با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است چیست:

<input type="checkbox"/> پدر و مادر کودک زیر سن قانونی
<input type="checkbox"/> حافظ حقوق
<input type="checkbox"/> سرپرست قانونی
<input type="checkbox"/> نماینده مجاز (*منصوب شده توسط یک نهاد دولتی مانند SCDD یا دادگاه)

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی