यह फॉर्म किस लिए है?

इस फॉर्म का उपयोग आपके (वह व्यक्ति, जो रीजनल सेंटर की सेवाएं पाने का प्रयास कर रहा है या प्राप्त कर रहा है) बारे में निजी जानकारी साझा करने की अनुमति देने के लिए किया जाता है। इसका उपयोग किसी को उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत या सेवा अपील में आपका प्रतिनिधित्व करने की अनुमति देने के लिए भी किया जाता है। यह अधिकृत प्रतिनिधि से अलग है, जिसे स्टेट काउंसिल ऑफ डेवेलपमेंटल डिसेबिलिटीज (SCDD) या न्यायालय द्वारा नियुक्त किया गया है।

अवयस्क बच्चे के माता-पिता, संरक्षक, या रीजनल सेंटर सेवाएं पाने का प्रयास करने या प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के कानूनी अभिभावक को स्वयं के लिए अनुमति देने हेतु इस फॉर्म को भरने की आवश्यकता नहीं है। उनके पास पहले से ही कानूनी अनुमति है। यद्यपि, वे उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत या सेवा अपील में आपका प्रतिनिधित्व करने के लिए किसी और को अनुमति देने के लिए इस फॉर्म का उपयोग कर सकते हैं। रीजनल सेंटर सेवाएं पाने का प्रयास करने या प्राप्त करने वाले व्यक्ति के साथ संबंध का साक्ष्य बाद में देने की आवश्यकता हो सकती है।

उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायतों या सेवा अपीलों के विभिन्न प्रकार हैं:

- अर्ली स्टार्ट संबंधी शिकायत – जब आप किसी सेवा या पात्रता संबंधी निर्णय से असहमत हों या आपको लगता है कि जन्म से लेकर तीन वर्ष की उम्र तक बच्चे के अधिकारों का उल्लंघन किया गया है।
- लैटरमैन सेवा संबंधी अपील – जब आप लैटरमैन सेवा या रीजनल सेंटर द्वारा प्रस्तावित पात्रता संबंधी निर्णय से असहमत हों।
- 4731 (उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत) – जब आपको लगता है कि रीजनल सेंटर या सेवा प्रदाता ने आपके अधिकारों का उल्लंघन किया है। ये शिकायतें सेवाओं या पात्रता के बारे में नहीं हैं।

कहां से सहायता पाएं

- आपका सेवा समन्वयक या अन्य रीजनल सेंटर स्टाफ, यदि आप उनसे कहते हैं।
- अपने ग्राहक अधिकार अधिवक्ता (CRA) से निम्नलिखित नंबर पर:
 - उत्तरी कैलिफोर्निया के लिए (800) 390-7032, या
 - दक्षिणी कैलिफोर्निया के लिए (866) 833-6712, या
 - यहां अपने रीजनल सेंटर में ग्राहकों के अधिकार संबंधी एडवोकेट पाएं।
- ओम्बड्सपर्सन कार्यालयों से (877) 658-9731 या ombudsperson@dds.ca.gov पर या यहां अधिक जानकारी ऑनलाइन प्राप्त करें।
 - यदि आप स्व-निर्धारण कार्यक्रम में हैं तो कृपया sdp.ombudsperson@dds.ca.gov पर ईमेल करें या अधिक जानकारी यहां ऑनलाइन पाएं।
- स्टेट काउंसिल ऑफ डेवेलपमेंटल डिसेबिलिटीज (SCDD) अपना स्थानीय SCDD कार्यालय ढूंढने के लिए, इस वेबसाइट के शीर्ष पर “Regional Offices” चुनें: www.scdd.ca.gov, और फिर अपना क्षेत्र चुनें। आप SCDD से (833) 818-9886 पर भी संपर्क कर सकते हैं।
- डिसेबिलिटी राइट्स कैलिफोर्निया (DRC):
 - 1-800-776-5746
 - TTY कॉल के लिए 1-800-719-5798
 - आप DRC का ऑनलाइन इनटेक फॉर्म भी भर सकते हैं।
- आप फैमिली रिसोर्स सेंटर से भी सहायता प्राप्त कर सकते हैं: <https://frnca.org/get-connected/>
- आपका रीजनल सेंटर, स्थानीय माता-पिता सहयोग समूह या समुदाय-आधारित संगठन ढूंढने में आपकी सहायता कर सकता है, जो आपकी सहायता कर सकते हैं।

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी
एंड
अकाउंटेबिलिटी एक्ट

केस नंबर: _____

(केवल आंतरिक प्रयोग)

* आवश्यक फील्ड्स

रीजनल सेंटर सेवाएं प्राप्त करने या इनकी मांग करने वाले व्यक्ति के बारे में जानकारी:

*नाम: _____ *उप नाम: _____ *जन्म तिथि: _____ विशिष्ट ग्राहक पहचानकर्ता (UCI) _____

*रीजनल सेंटर:

आप किसके लिए प्रतिनिधित्व चाहते हैं? (आप एक से अधिक विकल्प चुन सकते हैं)

उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत (4731) लैटरमैन सेवा या पात्रता अपील
 अर्ली स्टार्ट संबंधी शिकायत अन्य: _____

प्रतिनिधि की जानकारी:

*नाम: _____ *उप नाम: _____

*रीजनल सेंटर की सेवाएं प्राप्त करने वाले या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति के साथ संबंध:

वयस्क बच्चे के माता-पिता कानूनी अधिवक्ता अन्य: _____
 पारिवारिक सदस्य अटॉर्नी
 दोस्त अभिभावक

*स्ट्रीट पता:

*अपार्टमेंट नंबर:

*शहर:

*जिप कोड:

*प्राथमिक फोन नंबर:

प्राथमिक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

द्वितीयक फोन नंबर:

द्वितीयक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

ईमेल पता:

हस्ताक्षर खंड:

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं उपर्युक्त प्रतिनिधि को जानकारी प्राप्त करने और/अथवा सेवाएं प्राप्त करने या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने की लिखित अनुमति दे रहा/रही हूँ।

*हस्ताक्षर:

*मुद्रित नाम:

*हस्ताक्षर की तिथि:

यदि आप यह फॉर्म किसी और की तरफ से भर रहे हैं, तो रीजनल सेंटर की सेवाएं प्राप्त करने या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति के साथ आपका क्या संबंध है:

- अवयस्क बच्चे के माता-पिता
- संरक्षक
- कानूनी अभिभावक
- अधिकृत प्रतिनिधि (*किसी गर्वनिंग बॉडी द्वारा नियुक्त, जैसे SCDD या न्यायालय)

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट