本フォームの目的

本フォームは、地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方に関する個人情報の共有を許可するために使用されます。また、消費者の権利に関する苦情や異議申し立てにおいて、誰かに代理を務める許可を与えるためにも使用できます。これは、州発達障害者協議会(State Council of Developmental Disabilities: SCDD)や裁判所によって任命される代理人とは異なります。

地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている未成年の子供の親、保佐人、法定後見人は、許可を得るためにこのフォームに記入する必要はありません。その場合、すでに法律上の許可を得ているとみなされます。ただし、本フォームを使用して、消費者の権利に関する苦情やサービスの異議申し立てにおいて、他者に代理を務める許可を与えることは可能です。地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方との関係を証明する書類を後に求められる場合があります。

消費者の権利に関する苦情やサービスへの異議申し立ての種類:

- <u>Early Startに関する苦情</u> サービスや資格に関する決定に同意できない場合、または出生から3歳までのお子 様の権利が侵害されたと思われる場合。
- <u>ランターマンサービスに関する異議申し立て</u> 地域センターが提案するランターマンサービスまたは資格に関する決定に同意できない場合。
- <u>4731 (消費者の権利に関する苦情)</u> 地域センターまたはサービス提供者によって権利が侵害されたと思われる場合。サービスや資格に関するもの以外の苦情に適用されます。

お問い合わせ先

- サービスコーディネーターや他の地域センターの職員に尋ねる。
- クライアントの権利アドボケイト (Client's Rights Advocate: CRA) :
 - (800) 390-7032 (北カリフォルニア)
 - (866) 833-6712 (南カリフォルニア)
 - o 地域センター毎のクライアントの権利アドボケイトについては、こちらをご覧ください。
- 苦情調査官事務局 (The Ombudsperson Office) 電話: (877) 658-9731 または <u>ombudsperson@dds.ca.gov</u>まで ご連絡ください。またはこちらからオンラインで詳細をご覧ください。
 - 自己決定プログラムに参加されている方は、<u>sdp. ombudsperson@dds. ca. gov</u>までメールでご連絡ください。またはこちらからオンラインで詳細をご覧ください。
- 発達障害に関する州カウンシル(State Council on Developmental Disabilities: SCDD)地域の SCDD 事務所を 検索するには、こちらのウェブページ(<u>www.scdd.ca.gov</u>)の上部にある「Regional Offices」(地域事務局) を選び、お住まいの地域を選択してください。電話((833) 818-9886)で SCDD に問い合わせることもできます
- カリフォルニア州障害者権利(Disability Rights California:DRC):
 - o 1-800-776-5746
 - o 1-800-719-5798 (TTY)
 - また、DRC のオンライン受付フォームにご記入いただくこともできます。
- ファミリーリソースセンター(https://frcnca.org/get-connected/)に支援を依頼することも可能です。
- 地域センターでは、可能な限り、地域の保護者支援グループやコミュニティベースの組織をお探しします。

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法 律

| ケース番号: (内部使用のみ) | | | *必須項目 |
|--|---|----------------------|--|
| | ビスを受けている、または受けよう。 | | |
| *名 : 「 | *氏: | *生年月日 : ─│ | ー意のクライアント識別子(UCI) |
| *地域センター : | | | |
| | すか? (複数選択可) | | |
| □消費者の権利に関する □Early Startに関する苦 | | ンタマンサービスまた(- の他 | よ資格に関する異議申し立て |
| 代理人の情報 | | | |
| *名: | | *氏: | |
| *地域センターのサービス □成人した子供の親 □親族 □友人 | を受けている、または受けようとしている方 □ 法律顧問 □ その他: □ | との関係: | |
| *ストリート: | | | *部屋番号: |
| L | | | |
| *市: | | | *ZIPコード: |
| * 電話番号 1: | 電話番号1の種別: □携帯 □ 自宅 □ | 勤務先 | テキストメッセージは使えますか? □はい □ いいえ (データ通信料がかかる場合があります) |
| 電話番号2: | 電話番号2の種別:: □携帯 □ 自宅 □ | 勤務先 | テキストメッセージは使えますか? □はい □ いいえ (データ通信料がかかる場合があります) |
| Eメールアドレス:[| | | |
| 署名欄: | | | |
| | ることにより、上記の者に対し、上記 て、情報を受け取ったり、代理を務め | | ·ビスを受けている、または受けようとし [·] ·面で許可します。 |
| *署名: | | *記名: | |
| | | | |
| *署名日: | | | |
| ださい。 □未成年の子供の親 □保佐人 □法定後見人 | 合は、地域センターのサービスを受り | | みけようとしている方との関係をご記入く |

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法