

តើទម្រង់បែបបទនេះប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងអ្វីដែរ?

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីអ្នក (អ្នកដែលកំពុងស្វែងរកសេវាកម្ម ឬទទួលសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់)។
ទម្រង់បែបបទនេះក៏អាចប្រើដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ទម្រង់បែបបទនេះ
ខុសពីអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្តីពីពិការភាពខ្លួនក្បាល (SCDD) ឬតុលាការ។

ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន អ្នកមើលថែ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់នៃអ្នកដែលស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់មិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ពួកគេនោះទេ។ ពួកគេមាន សិទ្ធិផ្តល់ច្បាប់រួចស្រេចហើយ។ ក៏ប៉ុន្តែ ពួកគេអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ
ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នក នៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ភ័ស្តុតាងអំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដែលកំពុងស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អាចប្រគល់ជូននៅពេលក្រោយ។

ប្រភេទផ្សេងៗនៃបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ និងបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្មមាន៖

- **ពាក្យបណ្តឹងដំបូង** - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចលើសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាន ឬជឿជាក់ថាសិទ្ធិនេះត្រូវបានរំលោភបំពានចំពោះកុមារតាំងពីកំណើត រហូតដល់អាយុ 3 ឆ្នាំ។
- **បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្មតាមច្បាប់ Lanterman** - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman ដែលបានស្នើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។
- **4731 (បណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់)** - នៅពេលដែលអ្នកជឿជាក់ថា សិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានរំលោភបំពាន ដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវា។ បណ្តឹងទាំងនេះមិនមែននិយាយអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាននោះទេ។

កន្លែងដែលត្រូវទទួលជំនួយ

- អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
- អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
 - (800) 390-7032 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងជើង ឬ
 - (866) 833-6712 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូង ឬ
 - [ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនប្រចាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងនេះ](#)។
- ការិយាល័យ Ombudsperson តាមលេខ (877) 658-9731 ឬតាម ombudsperson@dds.ca.gov ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម [តាមអនឡាញនៅក្នុងនេះ](#)។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីស្វ័យសម្រេច សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម [តាមអនឡាញនៅក្នុងនេះ](#)។
- ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្តីពីពិការភាពខ្លួនក្បាល (SCDD)។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ SCDD ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ចូរជ្រើសរើស “ការិយាល័យតំបន់ (Regional Offices)” នៅផ្នែកខាងលើនៃគេហទំព័រនេះ៖ www.scdd.ca.gov ហើយបន្ទាប់មកជ្រើសរើសតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅ SCDD តាមរយៈលេខ (833) 818-9886 បានដែរ។
- សិទ្ធិពិការភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DRC) តាមលេខ៖
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 សម្រាប់ការហៅ TTY
 - អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់ទទួលយកតាមអនឡាញរបស់ [DRC](#) បានផងដែរ។
- អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរតាម៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
- មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្តាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ្វ័រញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព

ព័ត៌មានអំពីអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖

*នាមត្រកូល៖	*នាមខ្លួន៖	*ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	ស្លាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI)

***មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

តើអ្នកចង់បានការគាំពារដើម្បីអ្វីដែរ? (អ្នកអាចជ្រើសរើសជម្រើសលើសពីមួយ)

☐ ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ (4731)	☐ បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman
☐ ពាក្យបណ្តឹងដំបូង	☐ ផ្សេងៗ៖

ព័ត៌មានរបស់អ្នកគាំពារ៖

*នាមត្រកូល៖	*នាមខ្លួន៖
---	--

***ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

☐ ឪពុកម្តាយរបស់កុមារពេញវ័យ	☐ អ្នកគាំពារផ្លូវច្បាប់	☐ ផ្សេងៗ៖
☐ សមាជិកគ្រួសារ	☐ មេធាវី	
☐ មិត្តភក្តិ	☐ អាណាព្យាបាល	

***អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖**

***លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ៖**

***ក្រុង៖**

***កូដតំបន់៖**

***លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖**

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ផ្នែកហត្ថលេខា៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ

ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកគាំពារដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន និង/ឬធ្វើជាអ្នកគាំពារឱ្យអ្នកដែលទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្ម ដូចដែលបានកំណត់ខាងលើ។

***ហត្ថលេខា៖**

***ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖**

***កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖**

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះក្នុងនាមអ្នកដទៃ តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិដូចម្តេចជាមួយនឹងអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖

☐ ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន
☐ អ្នកមើលថែ
☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
☐ អ្នកគាំពារពេញសិទ្ធិ (*ដែលបានតែងតាំងដោយស្ថាប័នគ្រប់គ្រងដូចជា SCDD ឬតុលាការ)

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលបរិច្ឆេទ និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព