

본 양식의 목적

본 양식은 귀하(리저널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람)의 개인정보 공유를 승인하는 데 사용됩니다. 또한 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위해 귀하를 대리할 수 있는 권한을 타인에게 부여하는 데에도 사용할 수 있습니다. 위의 타인은 주 발달장애인 협의회(SCDD)나 법원이 임명하는 공인 대리인이 아닌 다른 사람을 의미합니다.

미성년 자녀의 부모, 후견인 또는 리저널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람의 법적 후견인에게 승인된 권한은 본 양식의 작성과 관련이 없습니다. 이미 법적인 허가를 받았기 때문입니다. 그러나 이들도 본 양식을 사용하여 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위하여 타인을 대리인으로 승인할 수 있습니다. 이러한 경우 위의 대리인과 리저널센터의 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람과의 관계 증명 서류를 추후에 제공해야 할 수도 있습니다.

고객 권리 관련 불만 및 서비스 이의 제기 유형은 다음과 같이 다양합니다.

- 엘리스타트(Early Start) 프로그램 불만 접수 – 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않거나 출생일로부터 만 3세까지의 아동에 대한 권리가 침해되었다고 생각하는 경우.
- 랜터만 서비스(Lanterman Service) 이의 제기 – 리저널센터가 제안한 랜터만 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않는 경우.
- 4731(고객 권리 불만 사항) – 리저널센터나 서비스 제공자가 귀하의 권리를 침해했다고 생각하는 경우. 이는 서비스나 수혜 자격 외의 사항에 대한 불만 사항입니다.

도움을 받을 수 있는 곳

- 서비스 코디네이터 또는 기타 리저널센터 직원(귀하가 요청하는 경우).
- 고객의 권리 대변인(CRA):
 - 북부 캘리포니아 (800) 390-7032 또는
 - 남부 캘리포니아 (866) 833-6712 또는
 - [다음에서 리저널센터의 고객 권리 대변인을 찾아보십시오.](#)
- 옴부즈맨 사무실: (877) 658-9731 또는 ombudsperson@dds.ca.gov 또는 [온라인](#)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
 - 자기 결정 프로그램에 참여하고 있는 경우 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 로 이메일을 보내거나 [온라인](#)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
- 주 발달장애인 협의회(SCDD) 자신의 지역 SCDD 사무소를 찾으려면 이 웹페이지 www.scdd.ca.gov 상단에서 "Regional Offices(지역 사무소)"를 선택한 다음 해당 지역을 선택하십시오. 또한 (833) 818-9886 번을 통해 문의할 수도 있습니다.
- 캘리포니아주 장애인 권리 협회(DRC: Disability Rights California):
 - 1-800-776-5746
 - 문자 전송(TTY) 전화: 1-800-719-5798
 - 또한 [DRC 의 온라인 접수 양식](#)을 이용할 수도 있습니다.
- 가족자원센터(Family Resource Center)<https://frncna.org/get-connected/>에서 도움을 받을 수도 있습니다.
- 도움을 받을 만한 지역 학부모 지원 그룹 또는 지역 관련 단체를 찾는 데 리저널센터에서 도움을 드릴 수 있습니다.

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.

케이스 번호: _____

(관련 기관 전용란)

*** 필수 입력란**

리저널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람에 관한 정보:

*이름:	*성:	*생년월일:	고유 고객 식별 정보(UCI)

***리저널센터:**

권한 부여가 필요한 대상은 무엇입니까?(하나 이상의 옵션 선택 가능)

☐ 고객 권리 불만 접수(4731)	☐ Lanterman 서비스 또는 수혜 자격 이의 제기
☐ Early Start 불만 접수	☐ 기타

대리인 정보:

*이름:		*성:	
-------------	----------------------	------------	----------------------

***리저널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 관계:**

☐ 성인 자녀의 부모	☐ 법적 대리인	☐ 기타	
☐ 가족 구성원	☐ 변호사		
☐ 친구	☐ 보호자		

***도로 주소:**

***시:**

***주요 전화번호:**

주요 전화번호 유형:

☐ 휴대폰 ☐ 집 ☐ 직장

보조 전화번호:

주요 전화번호 유형:

☐ 휴대폰 ☐ 집 ☐ 직장

이메일 주소:

서명란:

이 양식에 서명함으로써 본인은 위에 명시된 대리인에게 위에 명시된 대로 정보를 수신하거나, 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람을 대리할 수 있는 권한을 서면으로 부여합니다.

***서명:**

*** 정자체 이름:**

***서명일:**

다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 리저널센터의 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 귀하의 관계는 어떻게 됩니까?

- ☐ 미성년 자녀의 부모
☐ 후견인
☐ 법적 보호자
☐ 위임 대리인(*SCDD 또는 법원과 같은 관리 기관에서 임명)

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.