

ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຫຍັງ?

ແບບຟອມນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ອະນຸຍາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ຜູ້ທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນ).

ມັນຍັງສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ອັນນີ້ແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໂດຍສະພາຄົນພິການແຫ່ງການພັດທະນາຂອງລັດ (SCDD) ຫຼື ສານ.

ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ, ຜູ້ດູແລ ຫຼື ຜູ້ບົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ສິດແກ່ຕົນເອງ.

ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍຢູ່ແລ້ວ. ແນວໃດກໍຕາມ, ເຂົາເຈົ້າອາດຈະໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ອື່ນເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ຫຼັກຖານຄວາມສຳພັນກັບບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນພາຍຫຼັງ.

ປະເພດຂອງການຮ້ອງສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ການອຸທອນການບໍລິການແມ່ນ:

- ການຮ້ອງທຸກໄວ – ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ເຊື່ອວ່າຖືກລະເມີດສິດທິເດັກນ້ອຍຕັ້ງແຕ່ເກີດຈົນກ່ວາອາຍຸສາມປີ.
- ການອຸທອນການບໍລິການ Lanterman – ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການຕັດສິນການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍສູນກາງພາກພື້ນ.
- 4731 (ການຮ້ອງທຸກສິດຜູ້ບໍລິໂພກ) – ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກລະເມີດສິດໂດຍສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ການຮ້ອງທຸກເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ.

ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ

- ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
- ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສິດທິລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
 - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
 - (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
 - [ຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
- ຫ້ອງການກວດສອບແຫ່ງລັດ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົ້ນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
 - ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກຳນົດດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາສົ່ງອີເມວ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົ້ນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
- ສະພາແຫ່ງລັດກ່ຽວກັບຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ (SCDD). ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ SCDD ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ເລືອກເອົາ "ຫ້ອງການພາກພື້ນ" ຢູ່ເທິງສຸດຂອງໜ້າເວັບນີ້: www.scdd.ca.gov ແລະ ຈາກນັ້ນໃຫ້ເລືອກເອົາພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ SCDD ໄດ້ທີ່ (833) 818-9886.
- ສິດຜູ້ພິການແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DRC) ທີ່:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 ສຳລັບການໂທ TTY
 - ທ່ານຍັງສາມາດປະກອບ [ແບບຟອມການຮັບຂອງ DRC ທາງອອນໄລນ໌.](#)
- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະໜັບສະໜູນພໍ່-ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328,
ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ໝາຍເລກກຳລະນີ: _____

(ໃຊ້ພາຍໃຕ້ນັ້ນ)

* ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ກຳລັງຊອກຫາການບໍລິການສູນພາກພື້ນ:

*ຊື່:	*ນາມສະກຸນ:	*ວັນເດືອນປີເກີດ:	ລະຫັດລະບຸລູກຄ້າ (UCI)

*ສູນພາກພື້ນ

ທ່ານຕ້ອງການຕົວວແທນເພື່ອຫຍັງ? (ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງທາງເລືອກ)

☐ ການຮ້ອງທຸກສິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ (4731)	☐ ການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການອຸທອນການມີສິດໄດ້ຮັບ
☐ ການຮ້ອງທຸກໄວ	☐ ອື່ນໆ:

ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າ:

*ຊື່:		*ນາມສະກຸນ:	
-------	----------------------	------------	----------------------

*ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ຂໍການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນ:

☐ ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ໃຫຍ່ແລ້ວ	☐ ຜູ້ສະໜັບສະໜູນທາງກົດໝາຍ	☐ ອື່ນໆ:
☐ ສະມາຊິກຄອບຄົວ	☐ ທະນາຍຄວາມ	
☐ ເພື່ອນ	☐ ຜູ້ປົກຄອງ	

*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:

*ໝາຍເລກຫ້ອງ:

*ເມືອງ:

*ລະຫັດໄປສະນີ:

*ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:

ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:

☐ ມືຖື ☐ ບ້ານ ☐ ຫ້ອງການ

ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
(ອາດມີຄຳບໍລິການຂໍ້ມູນ)

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:

ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:

☐ ມືຖື ☐ ບ້ານ ☐ ຫ້ອງການ

ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
(ອາດມີຄຳບໍລິການຂໍ້ມູນ)

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ພາກລົງລາຍເຊັນ:

ກ່ອນການລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ/ຫຼື ເປັນຕົວແທນຂອງຜູ້ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ຂໍການບໍລິການ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

*ລາຍເຊັນ:

*ຊື່ແຈ້ງ:

*ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:

ຖ້າທ່ານກຳລັງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃນນາມຄົນອື່ນ, ທ່ານມີຄວາມສຳພັນຫຍັງກັບຜູ້ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ຊອກຫາການບໍລິການຂອງສູນພາກພື້ນ:

- ☐ ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ
- ☐ ຜູ້ດູແລ
- ☐ ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ
- ☐ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (*ແຕ່ງຕັ້ງໂດຍອົງການປົກຄອງເຊັ່ນ SCDD ຫຼື ສານ)

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ