

PARA QUE SERVE ESTE FORMULÁRIO?

Este formulário é usado para autorizar a partilha das informações pessoais sobre si (a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional). Também pode ser usado para autorizar alguém a representá-lo(a) numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Isto é diferente de um representante autorizado nomeado pelo Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD, na sigla em inglês) ou por um tribunal.

Os pais/mães de um menor de idade, tutores ou responsáveis legais de pessoas que buscam ou recebem serviços de um centro regional não precisam de preencher este formulário para se autorizarem a si próprios. Já têm permissão legal. No entanto, podem usar este formulário para autorizar outra pessoa como seu representante numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Posteriormente, pode ser necessário fornecer um comprovativo da relação com a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional.

Os diferentes tipos de queixa de defesa do consumidor e recurso referente a um serviço são:

- Queixa sobre início de vida: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade, ou acredita que os direitos de uma criança de 0 a 3 anos de idade foram violados.
- Recurso referente a um serviço nos termos da Lei Lanterman: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade tomada por um centro regional nos termos da Lei Lanterman.
- 4731 (queixa de defesa do consumidor): quando acredita que os seus direitos foram violados por um centro regional ou prestador de serviços. Estas queixas não tratam dos serviços ou da elegibilidade em si.

COMO OBTER AJUDA

- O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.
- O defensor dos direitos dos seus clientes (CRA), pelos números:
 - (800) 390-7032 para a Califórnia do Norte ou
 - (866) 833-6712 para a Califórnia do Sul ou
 - [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui](#).
- Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov, ou procure mais informações [neste site](#).
 - Caso participe no Programa de Autodeterminação, envie um e-mail a: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ou procure mais informações [neste site](#).
- O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione "Regional Offices" ("Escritórios regionais") na parte superior deste site: www.scdd.ca.gov e escolha a sua região. O SCDD também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
- Direitos por Deficiência da Califórnia (DRC), pelo número:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 para chamadas de TTY
 - Também pode preencher o [formulário de admissão virtual do DRC](#).
- Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- O seu centro regional poderá ajudar a descobrir um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde

Número do caso: _____

(Apenas para uso interno)

* Campos obrigatórios

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE ESTÁ A RECEBER OU À PROCURA DE SERVIÇOS DO CENTRO REGIONAL:

*Nome:	*Sobrenome:	*Data de nascimento:	Identificador exclusivo do cliente (UCI)

*Centro Regional:

PARA O QUE DESEJA SER REPRESENTADO? (Pode escolher mais de uma opção)

☐ Queixa de defesa do consumidor (4731)

☐ Recurso referente a um serviço ou elegibilidade nos termos da Lei Lanterman

☐ Queixa de início de vida ☐ Outro:

INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE:

*Nome:		*Sobrenome:	
--------	----------------------	-------------	----------------------

*Relacionamento com a pessoa que recebe ou busca serviços de um centro regional:

☐ Pai/mãe de um adulto ☐ Defensor jurídico ☐ Outro:

☐ Parente ☐ Advogado

☐ Amigo ☐ Guardião

*Endereço:

*Número do apartamento:

*Cidade:

*Código postal:

*Número de telefone primário:

Tipo de n.º de telefone primário:

☐ Telemóvel ☐ Residencial ☐ Comercial

Aceita receber mensagens de texto?

☐ Sim ☐ Não

(O consumo de dados pode ser cobrado)

N.º de telefone secundário:

Tipo de n.º de telefone secundário:

☐ Telemóvel ☐ Residencial ☐ Comercial

Aceita receber mensagens de texto?

☐ Sim ☐ Não

(O consumo de dados pode ser cobrado)

E-mail:

SECÇÃO DE ASSINATURAS:

Ao assinar este formulário, autorizo por escrito o representante indicado acima a receber informações e/ou a representar a pessoa que recebe ou procura serviços identificada acima.

*Assinatura:

*Nome em letra de imprensa:

*Data de assinatura:

Se estiver a preencher este formulário em nome de outra pessoa, qual é a sua relação com a pessoa que recebe ou procura serviços de um centro regional?

- ☐ Pai/mãe de menor
- ☐ Tutor
- ☐ Responsável legal
- ☐ Representante autorizado (*nomeado por um órgão do governo, como o SCDD ou um tribunal)

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde