

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ЭТА ФОРМА?

Данная форма используется для предоставления разрешения на передачу касающейся вас (лица, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра) информации личного характера. Она также может использоваться для предоставления кому-либо разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Этот статус отличается от статуса уполномоченного представителя, назначаемого Советом штата по нарушениям в развитии (State Council of Developmental Disabilities, SCDD) или судом.

Родителям несовершеннолетнего ребенка, попечителям или законным опекунам лиц, которые обращаются с просьбой о получении или получают услуги региональных центров, не нужно заполнять данную форму, чтобы предоставить самим себе такое разрешение. У них уже есть законное разрешение. Однако они могут использовать данную форму для предоставления другим лицам разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Возможно, позже понадобится предоставить подтверждение статуса по отношению к лицу, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра.

Различные типы жалоб о нарушении прав потребителей и апелляций в связи с предоставлением услуг:

- Жалоба в связи с программами раннего развития. Вы не согласны с решением о предоставлении услуг или соответствии критериям, которое было вынесено в отношении ребенка в возрасте от рождения до трех лет, либо полагаете, что были нарушены права такого ребенка.
- Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана. Вы не согласны с решением регионального центра о предоставлении услуг по Закону Лантермана или о соответствии критериям их предоставления.
- 4731 (Жалоба о нарушении прав потребителей). Вы полагаете, что региональным центром или поставщиком услуг были нарушены ваши права. Такие жалобы не касаются услуг или соответствия критериям.

КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ

- Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
- Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
 - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
 - (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
 - [Здесь можно найти защитника прав клиентов, работающего в вашем региональном центре.](#)
- Управление уполномоченного по правам человека, куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731 или по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov; с дополнительной информацией можно ознакомиться [по ссылке](#).
 - Если вы являетесь участником Программы самоопределения, обратитесь по адресу электронной почты sdp.ombudsperson@dds.ca.gov или ознакомьтесь с дополнительной информацией [по ссылке](#).
- Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») в верхней части этой веб-страницы: www.scdd.ca.gov, а затем выберите свой регион. Также вы можете обратиться в SCDD по номеру телефона: (833) 818-9886.
- Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC), с которым можно связаться по следующим номерам телефона:
 - 1-800-776-5746;
 - 1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа.
 - Вы также можете заполнить [форму онлайн-заявки в DRC](#).
- Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
- В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Номер дела: _____

(только для внутреннего пользования)

* Обязательные поля

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИЛИ ОБРАЩАЕТСЯ С ПРОСЬБОЙ ОБ ИХ ПОЛУЧЕНИИ:

*Имя: *Фамилия: *Дата рождения: Уникальный идентификатор клиента (UCI)

*Региональный центр:

ДЛЯ ЧЕГО ВАМ НУЖЕН ПРЕДСТАВИТЕЛЬ? (Можно выбрать несколько вариантов)

- Жалоба о нарушении прав потребителей (4731) Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана или соответствием критериям их предоставления
 Жалоба в связи с программами раннего развития Иное:

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:

*Имя: *Фамилия:

*Кем приходится лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:

- Родитель совершеннолетнего ребенка Правозащитник Иное:
 Член семьи Адвокат
 Друг Опекун

*Улица и номер дома:

*Номер квартиры:

*Город:

*Индекс:

*Основной номер телефона:

Вид основного номера телефона:

- Мобильный Домашний Рабочий

Приемлемы ли текстовые сообщения?

- Да Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

Дополнительный номер телефона:

Вид дополнительного номера телефона:

- Мобильный Домашний Рабочий

Приемлемы ли текстовые сообщения?

- Да Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

Адрес эл. почты:

РАЗДЕЛ ДЛЯ ПОДПИСИ:

Подписывая данную форму, я даю письменное разрешение указанному выше представителю получать информацию и/или представлять указанное выше лицо, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении.

*Подпись:

*Имя и фамилия печатными буквами:

*Дата подписания:

Если вы заполняете данную форму не от своего имени, укажите, кем вы приходите к лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:

- Родитель несовершеннолетнего ребенка
 Попечитель
 Законный опекун
 Уполномоченный представитель (*назначенный руководящим органом, таким как SCDD или суд)

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)