

Form para sa Pag-awtorisa ng Kinatawan (Representative Authorization Form)

DS 1819 (Nirebisa 12/2023)

ANO ANG FORM NA TO?

Ang form na ito ay ginagamit upang magbigay ng pahintulot na magbahagi ng personal na impormasyon tungkol sa iyo (ang taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center). Maaari rin itong gamitin upang bigyan ang isang tao ng pahintulot na kumatawan sa iyo sa isang reklamo sa mga karapatan ng konsumidor o apela sa serbisyo. Ito ay iba sa isang Awtorisadong Kinatawan na hinirang ng State Council of Developmental Disabilities (SCDD, Konseho ng Estado para sa Kapansanan sa Pag-unlad) o isang hukuman.

Hindi kailangan ng mga magulang ng isang menor de edad, mga conservator (tagapag-ingat), o mga legal na tagapag-alaga ng mga taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center na kumpletuhin ang form na ito upang magbigay ng pahintulot sa kanilang sarili. Mayroon na silang legal na permiso. Gayunpaman, maaari nilang gamitin ang form na ito upang magbigay ng pahintulot sa ibang tao na kumatawan sa iyo sa isang reklamo sa mga karapatan ng konsumidor o apela sa serbisyo. Maaaring kailanganing ibigay sa ibang pagkakataon ang patunay ng kaugnayan sa taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center.

Ang iba't ibang uri ng mga reklamo sa mga karapatan ng konsumidor at mga apela sa serbisyo ay:

- Reklamo sa Early Start – Kapag hindi ka sumasang-ayon sa isang serbisyo o desisyon sa pagiging karapat-dapat o naniniwala na ang mga karapatan ay nilabag para sa isang bata mula sa kapanganakan hanggang sa tatlong taong gulang.
- Lanternman Service Appeal – Kapag hindi ka sumasang-ayon sa isang serbisyo ng Lanternman o desisyon sa pagiging karapat-dapat na iminungkahi ng isang regional center.
- 4731 (Reklamo sa Mga Karapatan ng Konsumidor) – Kapag naniniwala ka na ang iyong mga karapatan ay nilabag ng isang regional center o isang tagapagkaloob ng serbisyo. Ang mga reklamong ito ay hindi tungkol sa mga serbisyo o pagiging karapat-dapat.

SAAN MAKAKAKUHA NG TULONG

- Iyong service coordinator (tagapag-ugnay ng serbisyo) o iba pang kawani ng regional center, kung hihingi ka sa kanila ng tulong.
- Iyong clients' rights advocate (CRA, tagapagtaguyod ng mga karapatan ng mga kliyente) sa:
 - (800) 390-7032 para sa Northern California, o
 - (866) 833-6712 para sa Southern California, o
 - [Hanapin ang clients' rights advocate sa iyong regional center dito.](#)
- Ang mga Tanggapan ng Ombudsperson sa (877) 658-9731 o sa ombudsperson@dds.ca.gov, o maghanap ng higit pang impormasyon [online dito](#).
 - Kung ikaw ay nasa Self-Determination Program, magpadala ng email sa: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov, o maghanap ng higit pang impormasyon [online dito](#).
- Ang State Council on Developmental Disabilities (SCDD). Upang mahanap ang iyong lokal na tanggapan ng SCDD, piliin ang "Mga Regional Office" sa tuktok ng webpage na ito: www.scdd.ca.gov, at pagkatapos ay piliin ang iyong lugar. Maaari mo ring kontakin ang SCDD sa (833) 818-9886.
- Disability Rights California (DRC) sa:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 para sa tawag na TTY
 - Maaari mo ring kumpletuhin ang [online intake form ng DRC](#).
- Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa isang Family Resource Center: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Maaari kang tulungan ng iyong regional center na makahanap ng lokal na grupo na sumusuporta sa mga magulang o organisasyong nakabase sa komunidad na maaaring makatulong sa iyo.

Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act

Numero ng Kaso: _____

(Pang-internal na paggamit lamang)

* Mga Patlang na Kailangang Punan

IMPORMASYON TUNGKOL SA INDIBIDWAL NA TUMATANGGAP O HUMIHINGI NG MGA SERBISYO NG REGIONAL CENTER:

*Pangalan:	*Apelyido:	*Petsa ng Kapanganakan	Unique Client Identifier (UCI, Katangitanging Pantukoy sa Kliyente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Regional Center:

PARA SAAN MO KAKAILANGANIN ANG REPRESENTASYON? (Maaari kang pumili ng higit sa isang opsyon)

<input type="checkbox"/> Reklamo sa Karapatan ng mga Konsumidor (4731)	<input type="checkbox"/> Serbisyo ng Lanterman o Apela sa Pagiging Karapat-dapat
<input type="checkbox"/> Reklamo sa Early Start	<input type="checkbox"/> Iba pa: <input type="text"/>

IMPORMASYON NG KUMAKATAWAN:

*Pangalan:	*Apelyido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Relasyon sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo ng regional center:

<input type="checkbox"/> Magulang ng isang anak na nasa hustong gulang	<input type="checkbox"/> Legal na Tagapagtaguyod	<input type="checkbox"/> Iba pa: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya	<input type="checkbox"/> Abogado	
<input type="checkbox"/> Kaibigan	<input type="checkbox"/> Tagapag-alaga	

*Address ng Kalye:

*Numero ng apartment:

*Lungsod:

*Zip Code:

*Pangunahing Numero ng Telepono:

Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:

Cell Bahay Trabaho

Okey ba ang mga text message?

Oo Hindi
(Maaaring ilapat ang mga Singil sa Data)

Pangalawang Numero ng Telepono:

Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:

Cell Bahay Trabaho

Okey ba ang mga text message?

Oo Hindi
(Maaaring ilapat ang mga Singil sa Data)

Email Address:

SEKSYON NG LAGDA:

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, nagbibigay ako ng nakasulat na pahintulot sa kinatawan na pinangalanan sa itaas upang makatanggap ng impormasyon at/o kumatawan sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo, tulad ng tinukoy sa itaas.

*Lagda:

*Naka-print na Pangalan:

*Petsa na Pinirmahan:

Kung pinupunan mo ang form na ito sa ngalan ng ibang tao, ano ang kaugnayan mo sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo ng regional center:

<input type="checkbox"/> Magulang ng anak na menor de edad
<input type="checkbox"/> Conservator
<input type="checkbox"/> Legal na Tagapag-alaga
<input type="checkbox"/> Awtorisadong Kinatawan (*Itinalaga ng isang namumunong katawan gaya ng SCDD o hukuman)

Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act