

یہ فارم کس لیے ہے؟

یہ فارم آپ کے بارے میں ذاتی معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت یا منظوری دینے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے (وہ فرد جو ریجنل سینٹر کی سروسز کا متلاشی ہے یا حاصل کر رہا ہے)۔ اسے کسی کو صارف کے حقوق کی شکایت یا سروس اپیل میں آپ کی نمائندگی کرنے کی اجازت دینے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ ایک مجاز شدہ نمائندے سے مختلف ہے جس کا تقرر اسٹیٹ کونسل آف ڈیولپمنٹل ڈس ایبلٹیز (SCDD) یا عدالت کرتی ہے۔

کسی نابالغ بچے کے والدین، محافظ، یا ریجنل سینٹر کی سروسز حاصل کرنے کے متلاشی یا حاصل کرنے والے افراد کے قانونی سرپرستوں کو خود کو اجازت دینے کے لیے اس فارم کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ انہیں پہلے سے ہی قانونی منظوری حاصل ہے۔ تاہم، وہ اس فارم کا استعمال کسی اور کو صارف کے حقوق کی شکایت یا سروس اپیل میں آپ کی نمائندگی کرنے کی اجازت دینے کے لیے کر سکتے ہیں۔ بعد میں، ریجنل سینٹر کی سروسز حاصل کرنے کے متلاشی یا حاصل کرنے والے فرد سے رشتے کا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔

صارفین کے حقوق کی شکایات اور سروس اپیلوں کی مختلف اقسام حسب ذیل ہیں:

- ابتدائی آغاز کی شکایت – جب آپ کسی سروس یا اہلیت کے فیصلے سے اتفاق نہیں کرتے ہیں یا یقین رکھتے ہیں کہ پیدائش سے لے کر تین سال کی عمر تک کے کسی بچے کے حقوق کی خلاف ورزی کی گئی ہے۔
- لینڈمین سروس اپیل – جب آپ کسی ریجنل سینٹر کی طرف سے تجویز کردہ لینڈمین سروس یا اہلیت کے فیصلے سے متفق نہیں ہوں۔
- 4731 (صارفین کے حقوق کی شکایت) – جب آپ یقین رکھتے ہیں کہ آپ کے حقوق کی خلاف ورزی کسی ریجنل سینٹر یا سروس فراہم کنندہ نے کی ہے۔ یہ شکایات سروسز یا اہلیت کے بارے میں نہیں ہیں۔

مدد کہاں سے حاصل کی جائے

- آپ کا سروس رابطہ کار یا دیگر ریجنل سینٹر کا عملہ، اگر آپ ان سے پوچھتے ہیں۔
- آپ کے کلانٹس کے حقوق کا وکیل (CRA)، ذیل کے نمبروں پر:
 - شمالی کیلیفورنیا کے لیے 390-7032 (800)، یا
 - جنوبی کیلیفورنیا کے لیے 833-6712 (866)، یا
 - اپنے ریجنل سینٹر میں کلانٹ کے حقوق کے وکیل کو یہاں تلاش کریں۔
- اومبڈپرسن کے دفاتر 658-9731 (877) یا ombudsperson@dds.ca.gov پر، یا مزید معلومات یہاں آن لائن حاصل کریں۔
 - اگر آپ خود ارادیت کے پروگرام میں ہیں، تو براہ کرم اس پتے پر ای میل کریں: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov یا مزید معلومات یہاں آن لائن حاصل کریں۔
- ترقیاتی معذوری سے متعلق ریاستی کونسل (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)۔ اپنا مقامی SCDD دفتر تلاش کرنے کے لیے، اس ویب صفحہ کے بالائی حصے میں "علاقائی دفاتر" منتخب کریں: www.scdd.ca.gov، اور پھر اپنا علاقہ منتخب کریں۔ آپ SCDD سے 818-9886 (833) پر بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔
- حقوق معذوران کیلیفورنیا (Disability Rights California, DRC) سے اس نمبر پر:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 برائے TTY کال
 - آپ DRC کا آن لائن اٹیک فارم بھی مکمل کر سکتے ہیں۔
- آپ فیملی ریسورس سینٹر سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں: <https://frcnca.org/get-connected>۔
- آپ کا ریجنل سینٹر مقامی پیرنٹ سپورٹ گروپ یا کمیونٹی کی بنیاد پر تنظیم کو تلاش کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے جو آپ کی مدد کر سکتی ہے۔

کلانٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ

* مطلوبہ فیلڈز

ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کے بارے میں معلومات:

* پہلا نام:	* آخری نام:	* تاریخ پیدائش:	منفرد کلانتھ شناخت کنندہ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* ریجنل سینٹر:

آپ کس لیے نمائندگی چاہتے ہیں؟ (آپ ایک سے زیادہ اختیار منتخب کر سکتے ہیں)

 صارفین کے حقوق کی شکایت (4731) ابتدائی آغاز کی شکایت لیٹنر مین سروس یا اہلیت کی اپیل دیگر:

نمائندہ کی معلومات:

* پہلا نام:	* آخری نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کے بارے میں معلومات:

 ایک بالغ بچے کے والدین خاندانی رکن دوست سرپرست قانونی وکیل وکیل دیگر:

* اپارٹمنٹ کا نمبر:

* سٹریٹ ایڈریس:

* زپ کوڈ:

* شہر:

کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟

 ہاں نہیں

(ٹیکسٹ پیغامات لاگو ہو سکتے ہیں)

کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟

 ہاں نہیں

(ٹیکسٹ پیغامات لاگو ہو سکتے ہیں)

بنیادی فون نمبر کی قسم:

 موبائل گھر کام/آفس

بنیادی فون نمبر کی قسم:

 موبائل گھر کام/آفس

* بنیادی فون نمبر:

* ثانوی فون نمبر:

ای میل ایڈریس:

دستخط کا سیکشن:

اس فارم پر دستخط کر کے، میں درج بالا بیان کردہ نمائندے کو معلومات حاصل کرنے اور/یا سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کی نمائندگی کرنے کی تحریری اجازت دے رہا ہوں، جیسا کہ اوپر نشاندہی کی گئی ہے۔

* دستخط:

* پرنٹ شدہ نام:

* تاریخ دستخط کردہ:

اگر آپ یہ فارم کسی اور فرد کی جانب سے پُر کر رہے ہیں، تو آپ کا ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی فرد سے کیا رشتہ ہے:

 ایک کم عمر بچے کے والدین محافظ قانونی سرپرست مجاز نمائندہ (*گورننگ باڈی جیسے کہ SCDD یا عدالت کی جانب سے مقرر کردہ)

کلانتھ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ