

BIỂU MẪU NÀY DÙNG ĐỂ LÀM GÌ?

Biểu mẫu này được sử dụng để cho phép chia sẻ thông tin cá nhân về quý vị (người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực). Biểu mẫu này cũng có thể được sử dụng để cho phép một người nào đó đại diện cho quý vị khi khiếu nại về quyền lợi người tiêu dùng hoặc kháng nghị về dịch vụ. Người này khác với Người Đại diện theo Ủy quyền do Hội đồng Tiểu bang về Khuyết tật Phát triển (SCDD) hoặc tòa án chỉ định.

Cha mẹ của trẻ vị thành niên, người bảo hộ hoặc người giám hộ hợp pháp của những người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực không cần phải điền vào biểu mẫu này để cho phép chính mình. Họ đã được cho phép hợp pháp. Tuy nhiên, họ có thể sử dụng biểu mẫu này để cho phép người khác đại diện cho quý vị khi khiếu nại về quyền lợi người tiêu dùng hoặc kháng nghị về dịch vụ. Bằng chứng về mối quan hệ với người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực có thể cần được cung cấp sau này.

Các loại khiếu nại về quyền của người tiêu dùng và kháng nghị về dịch vụ khác nhau bao gồm:

- Khiếu nại về Chương trình Khởi đầu Sớm (Early Start) – Khi quý vị không đồng ý với một quyết định về dịch vụ hoặc về việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ hoặc cho rằng các quyền của trẻ đã bị vi phạm từ khi trẻ sinh ra cho đến khi ba tuổi.
- Kháng nghị Dịch vụ Lanterman – Khi quý vị không đồng ý với một quyết định về dịch vụ hoặc về việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Lanterman do trung tâm khu vực đưa ra.
- 4731 (Khiếu nại về Quyền của Người tiêu dùng) – Khi quý vị cho rằng quyền của mình đã bị trung tâm khu vực hoặc nhà cung cấp dịch vụ vi phạm. Những khiếu nại này không phải về dịch vụ hoặc việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ.

TÌM KIẾM HỖ TRỢ Ở ĐÂU

- Điều phối viên dịch vụ hay nhân viên khác của trung tâm khu vực, nếu quý vị đề nghị họ trợ giúp.
- Luật sư bảo vệ quyền thân chủ (CRA) của quý vị theo số:
 - (800) 390-7032 đối với khu vực Bắc California, hoặc
 - (866) 833-6712 đối với khu vực Nam California, hoặc
 - [Tìm luật sư bảo vệ quyền thân chủ tại trung tâm khu vực của quý vị tại đây.](#)
- Văn phòng Giám sát viên theo số (877) 658-9731 hoặc ombudsperson@dds.ca.gov, hoặc tìm thêm thông tin [trực tuyến tại đây](#).
 - Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Tự quyết, vui lòng gửi email tới địa chỉ: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov hoặc tìm thêm thông tin [trực tuyến tại đây](#)
- Hội đồng Tiểu bang về Khuyết tật Phát triển (SCDD). Để tìm văn phòng SCDD địa phương của quý vị, hãy chọn "Văn phòng Khu vực" ở phần trên cùng của trang mạng này: www.scdd.ca.gov rồi sau đó chọn khu vực của quý vị. Quý vị cũng có thể liên hệ với SCDD theo số (833) 818-9886.
- Quyền của Người khuyết tật California (DRC) tại:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 dành cho cuộc gọi TTY
 - Quý vị cũng có thể hoàn thành [biểu mẫu tiếp nhận thông tin trực tuyến của DRC](#).
- Quý vị cũng có thể tìm kiếm hỗ trợ từ một Trung tâm Nguồn lực Gia đình: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Trung tâm khu vực của quý vị có thể giúp quý vị tìm một nhóm hỗ trợ phụ huynh tại địa phương hoặc tổ chức dựa trên cộng đồng có thể trợ giúp cho quý vị.

Thông tin Khách hàng được Bảo mật, Bộ luật về Phúc lợi và Tổ chức Xã hội California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

Số Vụ việc: _____
(Chỉ Lưu hành Nội bộ)

* Mục thông tin bắt buộc

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ HOẶC ĐANG CÓ NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM KHU VỰC:

*Tên: _____ *Họ và Tên đệm: _____ *Ngày sinh: _____ Mã định danh Khách hàng Duy nhất (UCI) _____

*Trung tâm Khu vực:

QUÝ VỊ MUỐN ĐƯỢC ĐẠI DIỆN CHO ĐIỀU GÌ? (Quý vị có thể chọn nhiều hơn một lựa chọn)

- ☐ Khiếu nại về Quyền của Người tiêu dùng (4731)
☐ Kháng nghị về Dịch vụ hoặc về việc Hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Lanterman
☐ Khiếu nại về Chương trình Khởi đầu Sớm (Early Start) ☐ Khác: _____

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

*Tên: _____ *Họ và Tên đệm: _____

*Mối quan hệ với người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ của trung tâm khu vực:

- ☐ Phụ huynh của trẻ trưởng thành ☐ Cố vấn Pháp luật ☐ Khác: _____
☐ Thành viên Gia đình ☐ Luật sư
☐ Bạn bè ☐ Người giám hộ

*Địa chỉ Tên phố:

*Số Căn hộ:

*Thành phố:

*Mã Zip:

*Số Điện thoại Chính:

Loại Số Điện thoại Chính:

- ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Có sử dụng tin nhắn văn bản được không?

- ☐ Có ☐ Không
(Có thể áp dụng Phí Dữ liệu)

Số Điện thoại Phụ:

Loại Số Điện thoại Chính:

- ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Có sử dụng tin nhắn văn bản được không?

- ☐ Có ☐ Không
(Có thể áp dụng Phí Dữ liệu)

Địa chỉ Email:

MỤC CHỮ KÝ:

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi cho phép bằng văn bản cho người đại diện có tên ở trên nhận thông tin và/hoặc đại diện cho người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ, như được xác định ở trên.

*Chữ ký:

*Tên Viết hoa:

*Ngày Ký:

Nếu quý vị điền vào biểu mẫu này thay mặt cho người khác, mối quan hệ của quý vị với người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ của trung tâm khu vực là gì:

- ☐ Phụ huynh của trẻ vị thành niên
☐ Người bảo hộ
☐ Người giám hộ hợp pháp
☐ Người Đại diện theo ủy quyền (*Được chỉ định bởi cơ quan quản lý như SCDD hoặc tòa án)

Thông tin Khách hàng được Bảo mật, Bộ luật về Phúc lợi và Tổ chức Xã hội California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế