ولاية كاليفورنيا - وكالة الخدمات الصحية والإنسانية

إدارة الخدمات النمائية

مكتب القرارات والتظلمات المجتمعية

استمارة تفويض ممثل

DS 1819 (تاريخ التنقيح: 12/2023)

**ما الغرض من هذه الاستمارة؟**

تُستخدَم هذه الاستمارة لمنح الإذن بمشاركة معلومات شخصية عنك (أيْ عن الشخص الذي يلتمس أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي). ويمكن استخدامها أيضًا لمنح شخص ما إذنًا بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. ويختلف ذلك عن الممثل المفوَّض الذي يعيّنه مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو المحكمة.

ولا يحتاج والدا الأطفال القصر أو الأولياء أو الأوصياء القانونيون للأشخاص الذين يلتمسون أو يتلقون خدمات المركز الإقليمي إلى ملء هذه الاستمارة لمنح الإذن لأنفسهم، لأن لديهم بالفعل إذناً قانونياً. ولكنهم قد يستخدمون هذه الاستمارة لمنح شخص آخر الإذن بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. وقد يُطلَب لاحقًا تقديم ما يثبت علاقتكم بالشخص الذي يلتمس أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي.

وفيما يلي الأنواع المختلفة لشكاوى حقوق المستهلك وتظلمات الخدمة:

* شكوى البداية المبكرة: إذا كنت تعترض على خدمة أو قرار أهلية، أو تعتقد أن الحقوق قد انتُهكت لطفل من الولادة وحتى سن الثالثة.
* التظلم من خدمة بموجب قانون لانترمان: إذا كنت تعترض على خدمة بموجب قانون لانترمان أو قرار أهلية اقترحه مركز إقليمي.
* 4731 (شكوى حقوق المستهلك): إذا كنت تعتقد أن مركزًا إقليميًّا أو مقدم خدمة قد انتهك حقوقك. ولا تتعلق هذه الشكاوى بالخدمات أو الأهلية.

**أماكن الحصول على المساعدة**

* منسق الخدمة الخاص بك، أو غيره من موظفي المركز الإقليمي، إذا طلبت منهم ذلك.
* المدافع عن حقوق العملاء عبر الهاتف رقم:
  + - (800) 390-7032 بالنسبة لسكان شمال كاليفورنيا،
    - أو (866) 833-6712 بالنسبة لسكان جنوب كاليفورنيا،
    - [البحث عن المدافع عن حقوق العملاء في مركزك الإقليمي هنا](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
  + مكاتب أمين المظالم عبر الهاتف رقم (877) 658-9731 أو البريد الإلكتروني: [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)، أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
  + إذا كنت في برنامج تقرير المصير، فيُرجى إرسال بريد إلكتروني إلى: [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* مجلس الولاية للإعاقات النمائية. للعثور على المكتب المحلي لمجلس الولاية للإعاقات النمائية، اختر "المكاتب الإقليمية"(Regional Offices) في الجزء العلوي من صفحة الويب: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) ثم اختر منطقتك. ويمكنك أيضًا التواصل مع مجلس الولاية للإعاقات النمائية عبر الهاتف رقم (833) 818-9886.
* حقوق ذوي الإعاقة في كاليفورنيا عبر الهاتف رقم:
  + - 1-800-776-5746
    - 1-800-719-5798 للاتصال الهاتفي النصي
    - يمكنك أيضًا ملء [استمارة التسجيل الإلكترونية الخاصة بحقوق ذوي الإعاقة في كاليفورنيا](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
* يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة من مركز موارد الأسرة: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* قد يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للآباء أو منظمة مجتمعية يمكنها مساعدتك.

**معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة**

رقم الحالة:

**(للاستخدام الداخلي فقط) \*** حقول مطلوبة

**معلومات عن الشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:**

**\* الاسم الأول: \* الاسم الأخير: \* تاريخ الميلاد: رمز التعريف الفريد للعميل**

**\* المركز الإقليمي:** اختر عنصرًا

**ما الغرض من التمثيل؟** (يمكنك تحديد أكثر من خيار واحد)

شكوى بشأن حقوق المستهلكين (4731)  تظلم بشأن خدمات لانترمان أو الأهلية

شكوى بشأن البداية المبكرة  غير ذلك:

**معلومات الممثل:**

**\* الاسم الأول: \* الاسم الأخير:**

**\* العلاقة بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:**

والد أو والدة طفل بالغ  وكيل قانوني  غير ذلك:

أحد أفراد الأسرة  محام

صديق  وصيّ

**\*عنوان الشارع: \* رقم الشقة:**

**\*المدينة: \* الرمز البريدي:**

**\* رقم الهاتف الأساسي: نوع الهاتف الأساسي: هل توافق على تلقي رسائل نصية؟**

 هاتف محمول  هاتف منزلي هاتف العمل  نعم  لا

(قد تُطبَّق رسوم بيانات)

**رقم الهاتف الإضافي: نوع الهاتف الإضافي: هل توافق على تلقي رسائل نصية؟**

 هاتف محمول  هاتف منزلي هاتف العمل  نعم  لا

(قد تُطبَّق رسوم بيانات)

**عنوان البريد الإلكتروني:**

**قسم التوقيع:**

بالتوقيع على هذه الاستمارة، أمنح الممثل المذكور أعلاه إذنًا خطيًّا بتلقي المعلومات و/أو تمثيل الشخص الذي يتلقى أو يلتمس الخدمات، على النحو المحدد أعلاه.

**\*التوقيع: \* الاسم بحروف واضحة:**

**\* تاريخ التوقيع:**

**إذا كنت تملأ هذه الاستمارة نيابةً عن شخص آخر، فما علاقتك بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:**

والد طفل قاصر

ولي قانوني

وصي قانوني

ممثل مفوَّض (\*عيّنتك هيئة إدارية مثل مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو محكمة)

**معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة**