Քալիֆորնիոյ նահանգ - Առողջապահութեան եւ մարդկային ծառայութիւններու գործակալութիւն

Ներկայացուցիչի լիազօրութեան ձեւաթուղթ

DS 1819 (Վերանայուած 12/2023-ին)

Զարգացման ծառայութիւններու բաժանմունք (DDS)

Համայնքային բողոքներու եւ լուծումներու գրասենեակ

**ԻՆՉԻ՞ ՀԱՄԱՐ Է ԱՅՍ ՁԵՒԱԹՈՒՂԹԸ:**

Այս ձեւաթուղթը կը գործածուի արտօնութիւն տալու՝ ձեր (շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին) մասին անձնական տեղեկութիւններով կիսուելու: Կրնայ նաեւ գործածուիլ, մէկու մը արտօնութիւն տալու՝ ձեզի ներկայացնելու յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքի մը կամ ծառայութեան բողոքի դիմում մը ներկայացնելու ատեն: Ասիկա տարբեր է լիազօրուած ներկայացուցիչէ մը, որ նշանակուած կ'ըլլայ Զարգացման հաշմանդամութիւններու Պետական խորհուրդին (SCDD) կամ դատարանի մը կողմէ:

Անչափահաս երեխայի մը ծնողները, շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձերու պահպանողները կամ օրինական խնամակալները, պէտք չունին այս ձեւաթուղթը ամբողջացնելու՝ իրենք իրենց արտօնութիւն տալու համար: Անոնք արդէն ունին օրինական արտօնութիւն: Անոնք սակայն կրնան այս ձեւաթուղթը գործածել, ուրիշ մէկու մը արտօնութիւն տալու՝ ձեզի ներկայացնելու յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքի մը կամ ծառայութեան բողոքի դիմում մը ներկայացնելու ատեն: Շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ յարաբերութեան փաստը կրնայ պահանջուիլ աւելի ուշ:

Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքներու եւ ծառայութեան բողոքներու դիմումներու տարբեր տեսակներն են.

* Կանուխ միջամտութեան բողոք – Երբ համաձայն չէք ծառայութեան մը կամ իրաւասութեան որոշումի մը, կամ կը հաւատաք, թէ ծննդեան օրէն մինչեւ երեք տարեկան երեխայի մը իրաւունքները խախտուած են:
* Լանթերման ծառայութեան բողոքի դիմում – Երբ համաձայն չէք Լանթերման ծառայութեան մը կամ իրաւասութեան որոշումի մը՝ առաջարկուած շրջանային կեդրոնի մը կողմէ:
* 4731 (Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոք) – Երբ կը հաւատաք, թէ ձեր իրաւունքները խախտուած են շրջանային կեդրոնի մը կամ ծառայութիւն մատուցողի մը կողմէ: Այս բողոքները ծառայութիւններու կամ իրաւասութեան մասին չեն:

**ՈՒՐԿԷ՞ ՕԳՆՈՒԹԻՒՆ ՍՏԱՆԱԼ**

* Ձեր ծառայութեան համակարգողը, կամ շրջանային կեդրոնի պաշտօնեան, եթէ անոնց դիմէք:
* Ձեր յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը (CRA)`
  + - (800) 390-7032 Հիւսիսային Քալիֆորնիոյ համար, կամ
    - (866) 833-6712 Հարաւային Քալիֆորնիոյ համար, կամ
    - [Գտէ՛ք ձեր շրջանային կեդրոնին յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը այստեղ.](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)
  + Մարդկային իրաւունքներու պաշտպանի գրասենեակները՝ (877) 658-9731 հեռաձայնի թիւով կամ [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) ե-նամակի հասցէով, կամ յաւելեալ տեղեկութիւններ գտնել առցանց՝ [այստեղ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/):
  + Եթէ դուք Ինքնորոշման ծրագիրին մաս կը կազմէք, հաճեցէ՛ք գրել այս ե-նամակի հասցէին՝ [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) կամ յաւելեալ տեղեկութիւններ գտնել առցանց՝ [այստեղ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/):
* Զարգացման հաշմանդամութիւններու Պետական խորհուրդ (SCDD) Ձեր տեղական SCDD-ի գրասենեակը գտնելու համար, սեղմեցէ՛ք [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) կայքէջին վերը գտնուող «Regional Offices» բաժինը եւ ընտրեցէ՛ք ձեր շրջանը: Կրնաք նաեւ կապուիլ SCDD-ին՝ հեռաձայնելով (833) 818-9886 թիւին:
* Հաշմանդամութեան իրաւունքներ Քալիֆորնիա (DRC)՝
  + - 1-800-776-5746
    - 1-800-719-5798 հեռատիպի համար (TTY)
    - Կրնաք նաեւ ամբողջացնել [DRC-ի առցանց ընդունման ձեւաթուղթը](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form):
* Կրնաք նոյնպէս օգնութիւն ստանալ Ընտանեկան աղբիւրներու կեդրոնէ մը՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:
* Ձեր շրջանային կեդրոնը կրնայ օգնել ձեզի՝ գտնելու ընտանեկան աջակցութեան տեղական խումբ մը կամ համայնքային կազմակերպութիւն մը, որ կրնայ ձեզի օգտակար դառնալ:

**Յաճախորդի խորհրդապահական տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:**

Դատի թիւը.

**(Ներքին գործածութեան համար մի՛այն) \*** Պահանջուած բաժիններ

**ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ԿԵԴՐՈՆԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹԻՒՆՆԵՐ ՍՏԱՑՈՂ ԿԱՄ ԱԿՆԿԱԼՈՂ ԱՆՁԻՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ.**

**\*Անուն. \*Մականուն. \*Ծննդեան թուական. Յաճախորդին ինքնութիւնը հաստատող թիւ (UCI)**

**\*Շրջանային կեդրոն.** Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը.

**ԻՆՉԻ՞ ՀԱՄԱՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉՈՒԹԻՒՆ Կ'ՈՒԶԷՔ:** (Կրնաք մէկէ աւելի պատասխաններ ընտրել)

Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոք (4731)  Լանթերման ծառայութեան կամ իրաւասութեան բողոքի դիմում

Կանուխ միջամտութեան բողոք  Այլ.

**ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐԸ.**

**\*Անուն. \*Մականուն.**

**\*Յարաբերութիւնը շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ:**

Ծնողք՝ չափահաս երեխայի մը  Օրինական պաշտպան  Այլ.

Ընտանիքի անդամ  Փաստաբան

Բարեկամ  Խնամակալ

**\*Փողոցի հասցէ. \*Յարկաբաժինի թիւ.**

**\*Քաղաք. \*Զիփ քոտ.**

**\*Հիմնական հեռաձայնի թիւ. Հիմնական հեռաձայնի թիւի տեսակ.**

 Բջիջային հեռաձայն  Տուն  Աշխատավայր

**Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ ղրկել:**

 Այո  Ոչ

(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)

**Երկրորդական հեռաձայնի թիւ. Երկրորդական հեռաձայնի թիւի տեսակ.**

 Բջիջային հեռաձայն  Տուն  Աշխատավայր

**Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ ղրկել:**

 Այո  Ոչ

(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)

**Ե-նամակի հասցէ.**

**ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹԵԱՆ ԲԱԺԻՆ.**

Ստորագրելով այս ձեւաթուղթը, գրաւոր արտօնութիւն կու տամ վերոնշեալ ներկայացուցիչին՝ տեղեկութիւն ստանալու եւ/կամ ներկայացնելու ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին, ինչպէս վերը նշուած է:

**\*Ստորագրութիւն. \*Տպուած անուն.**

**\*Ստորագրութեան թուական.**

**Եթէ այս ձեւաթուղթը կ'ամբողջացնէք այլ անձի մը փոխարէն, ի՞նչ է ձեր յարաբերութիւնը շրջանային կեդրոնէն ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ:**

Անչափահասի մը ծնողքը

Պահպանող

Օրինական խնամակալ

Լիազօրուած ներկայացուցիչ (\*Նշանակուած կառավարող մարմինի մը կողմէ, օրինակ SCDD-ն կամ դատարան մը)

**Յաճախորդի խորհրդապահական տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:**