ایالت کالیفرنیا - آژانس سلامت و خدمات انسانی

سازمان خدمات رشدی

دفتر رسیدگی به درخواست‎های تجدیدنظر اجتماع و راهکارها

**فرم مجوز نمایندگی**

DS 1819 (Rev. 12/2023)

کاربرد این فرم چیست؟

کاربرد این فرم صدور اجازه برای اشتراک گذاری اطلاعات شخصی در مورد شما است (‎کسی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات از مرکز منطقه‌ای است) . همچنین می‌توان از آن برای دادن اجازه به کسی برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف‌کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کرد. این نماینده با نماینده مجازی که توسط شورای ایالتی معلولیت‌های رشدی‎ (SCDD) ‎یا دادگاه منصوب می‌شود متفاوت است.

والدین یک کودک زیر سن قانونی، حافظ حقوق،‎ ‎یا قیم قانونی افرادی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای هستند، نیازی به تکمیل این فرم برای اجازه دادن به خود ندارند. آنها از قبل مجوز قانونی دارند. البته، آنها می‌توانند از این فرم برای دادن مجوز به شخص دیگری برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کنند. ممکن است بعداً به ارائه مدرکی مبنی بر ارتباط با شخصی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای است نیاز باشد.

انواع مختلف شکایات حقوق مصرف کننده و درخواست خدمات عبارتند از:

* شکایت شروع زودهنگام‎ - ‎وقتی با رای مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن مخالف هستید یا اعتقاد دارید که حقوق کودک از بدو تولد تا سه سالگی نقض شده است.
* درخواست تجدیدنظر خدمات لنترمن – زمانی که با خدمات لنترمن یا رای واجد شرایط بودن پیشنهاد شده توسط یک مرکز منطقه‌ای مخالف هستید.
* 4731 (‎شکایت حقوق مصرف کننده) - زمانی که فکر می‌کنید حقوق شما توسط یک مرکز منطقه‌ای یا یک ارائه دهنده خدمات نقض شده است. این شکایات مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن نیست.

از کجا باید کمک گرفت

* مسئول هماهنگی خدمات شما یا سایر کارکنان مرکز منطقه‌ای، در صورتی که از آنها بخواهید.
* وکیل حقوق مشتریان شما (CRA) از طریق شماره تماس‎:
  + - ‎(800) 390-7032‎ برای شمال کالیفرنیا، یا
    - ‎(866) 833-6712‎ برای جنوب کالیفرنیا، یا
    - [وکیل حقوق مشتریان را در مرکز منطقه‌ای خود در اینجا بیابید.](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)
  + دفاتر Ombudsperson به شماره ‎(877) 658-9731یا [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)، یا اطلاعات بیشتر را [‎ ‎به صورت آنلاین اینجا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) بیابید.
  + اگر در برنامه خودتعیین‌گری هستید، لطفاً به [‎ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)‎ ایمیل بزنید یا اطلاعات بیشتر را [‎آنلاین در اینجا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)‎ بخوانید.
* شورای ایالتی ناتوانی‎​های رشدی (SCDD). برای پیدا کردن دفتر SCDD محلی خود، ‎«دفاتر منطقه‌ای» ‎را در بالای این صفحه وب انتخاب کنید‎: ‏[‎www.scdd.ca.gov‎](https://scdd.ca.gov/)، و سپس منطقه خود را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید با شماره ‎(833) 818-9886با SCDD تماس بگیرید.
* حقوق معلولان کالیفرنیا (DRC) به شماره:
  + - ‎1-800-776-5746
    - ‎1-800-719-5798 برای تماس TTY
    - همچنین می‌توانید [فرم دریافت آنلاین DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form) را تکمیل کنید.
* همچنین می‌توانید از مرکز منابع خانواده کمک بگیرید‎: ‏[‎ https://frcnca.org/get-connected/ ‎](https://frcnca.org/get-connected/).
* مرکز منطقه‌ای شما می‌تواند به شما کمک کند تا یک گروه محلی پشتیبانی والدین یا سازمان مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که بتواند به شما کمک کند.

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**

شماره پرونده:

**(تنها برای استفاده داخلی‎) \***فیلدهای ضروری‎

**اطلاعات در مورد شخصی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال آن است:**

**\*‎ ‎نام: \*‎ ‎نام خانوادگی \*‎ ‎تاریخ تولد: شناسه مشتری منحصر به فرد (UCI)**

**\* مرکز منطقه‌ای:** یک مورد را انتخاب کنید

**برای چه می‌خواهید نماینده داشته باشید؟** (‎شما می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید‎)

شکایت حقوق مصرف کنندگان (4731)  خدمات لنترمن یا درخواست تجدید نظر واجد شرایط بودن

شکایت برای شروع زودهنگام  سایر موارد:

**اطلاعات نماینده:**

**\*‎ ‎نام: \*‎ ‎نام خانوادگی:**

**\* ‎ ‎ارتباط با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است:**

پدر و مادر یک فرزند بالغ  وکیل مدافع  سایر موارد:

عضو خانواده  وکیل

دوست  قیم

**\*‎ ‎آدرس خیابان: \* شماره آپارتمان:**

**\*‎ ‎شهر: \*‎‎زیپ کد:**

**\* ‎شماره تلفن اصلی:‎ نوع شماره تلفن اصلی: دریافت تکست ایرادی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**شماره تلفن ثانویه: نوع شماره تلفن اصلی: دریافت تکست ایرادی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**آدرس ایمیل:**

**بخش امضا:**

با امضای این فرم، من به نماینده ذکر شده در بالا اجازه کتبی می‌دهم تا اطلاعات دریافت کند و ‎یا نماینده دریافت کننده یا فرد متقاضی خدمات باشد، همانطور که در بالا مشخص شده است.

**\*‎ ‎امضا: \*‎ ‎نام با حروف مجزا:**

**\*‎ ‎تاریخ امضا:**

**اگر از طرف شخص دیگری این فرم را پر می‌کنید، رابطه شما با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است چیست:**

پدر و مادر کودک زیر سن قانونی

حافظ حقوق

سرپرست قانونی

نماینده مجاز ‎(\*منصوب شده توسط یک نهاد دولتی مانند SCDD یا دادگاه‎)

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**