រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា – ទីភ្នាក់ងារសុខាភិបាល និងមនុស្សកិច្ច

ទម្រង់បែបបទផ្ដល់សិទ្ធិឲ្យអ្នកតំណាង

DS 1819 (Rev. 12/2023)

ក្រសួងសេវាគាំទ្រពិការភាពខួរក្បាល

ការិយាល័យបណ្ដឹងសាទុក្ខ និងដំណោះស្រាយសហគមន៍

**តើទម្រង់បែបបទនេះប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងអ្វីដែរ?**

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីអ្នក (អ្នកដែលកំពុងស្វែងរកសេវាកម្ម ឬទទួលសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់)។ ទម្រង់បែបបទនេះក៏អាចប្រើដើម្បីអនុញ្ញាតឲ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងឲ្យអ្នកនៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងស្ដីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ទម្រង់បែបបទនេះ ខុសពីអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្ដីពីពិការភាពខួរក្បាល (SCDD) ឬតុលាការ។

ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន អ្នកមើលថែ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់នៃអ្នកដែលស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់មិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ពួកគេនោះទេ។ ពួកគេ​មាន​សិទ្ធិ​ផ្លូវ​ច្បាប់​រួចស្រេច​ហើយ។ ក៏ប៉ុន្តែ ពួកគេអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតធ្វើជាតំណាងឲ្យអ្នក នៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ភ័ស្ដុតាងអំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដែលកំពុងស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អាចប្រគល់ជូននៅពេលក្រោយ។

ប្រភេទផ្សេងៗនៃបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ និងបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្មមាន៖

* ពាក្យបណ្ដឹងដំបូង - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្ដីសម្រេចលើសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាន ឬជឿជាក់ថាសិទ្ធិនេះត្រូវបានរំលោភបំពានចំពោះកុមារតាំងពីកំណើត រហូតដល់អាយុ 3 ឆ្នាំ។
* បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីសេវាកម្មតាមច្បាប់ Lanterman - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្ដីសម្រេចអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman ដែលបានស្នើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។
* 4731 (បណ្តឹងស្ដីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់) - នៅពេលដែលអ្នកជឿជាក់ថា សិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានរំលោភបំពាន ដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវា។ បណ្តឹងទាំងនេះមិនមែននិយាយអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាននោះទេ។

**កន្លែងដែលត្រូវទទួលជំនួយ**

* អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
* អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
  + - (800) 390-7032 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងជើង ឬ
    - (866) 833-6712 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូង ឬ
    - [ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនប្រចាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅត្រង់នេះ](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)។
  + ការិយាល័យ Ombudsperson តាមលេខ (877) 658-9731 ឬតាម [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម[តាមអនឡាញនៅត្រង់នេះ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)។
  + ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីស្វ័យសម្រេច សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅ[៖ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម[តាមអនឡាញនៅត្រង់នេះ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)។
* ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្ដីពីពិការភាពខួរក្បាល (SCDD)។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ SCDD ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ចូរជ្រើសរើស “ការិយាល័យតំបន់ (Regional Offices)” នៅផ្នែកខាងលើនៃគេហទំព័រនេះ៖ [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) ហើយបន្ទាប់មកជ្រើសរើសតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅ SCDD តាមរយៈលេខ (833) 818-9886 បានដែរ។
* សិទ្ធិពិការភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DRC) តាមលេខ៖
  + - 1-800-776-5746
    - 1-800-719-5798 សម្រាប់ការហៅ TTY
    - អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់ទទួលយកតាមអនឡាញរបស់[DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form) បានផងដែរ។
* អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរតាម៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
* មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្ដាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**

លេខសំណុំរឿង៖

**(សម្រាប់តែប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងប៉ុណ្ណោះ) \*** ផ្នែកដែលតម្រូវ

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

**\*នាមត្រកូល៖ \*នាមខ្លួន៖ \*ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ស្លាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI)**

**\*មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖** ជ្រើសរើសធាតុមួយ

**តើ​អ្នក​ចង់​បាន​ការ​តំណាង​ដើម្បី​អ្វីដែរ?** (អ្នកអាចជ្រើសរើសជម្រើសលើសពីមួយ)

ពាក្យបណ្តឹងស្ដីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ (4731)  បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman

ពាក្យបណ្តឹងដំបូង  ផ្សេងៗ៖

**ព័តម៌ានរបស់អ្នកតំណាង៖**

**\*នាមត្រកូល៖ \*នាមខ្លួន៖**

**\*ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

ឪពុកម្តាយរបស់កុមារពេញវ័យ  អ្នកគាំពារផ្លូវច្បាប់  ផ្សេងៗ៖

សមាជិកគ្រួសារ  មេធាវី

មិត្តភក្ដិ  អាណាព្យាបាល

**\*អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ \* លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖**

**\*ក្រុង៖ \* កូដតំបន់៖**

**\*លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖**

**ផ្នែកហត្ថលេខា៖**

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកតំណាងដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន និង/ឬធ្វើជាអ្នកតំណាងឲ្យអ្នកដែលទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្ម ដូចដែលបានកំណត់ខាងលើ។

**\*ហត្ថលេខា៖ \*ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖**

**\*កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖**

**ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះក្នុងនាមអ្នកដ៏ទៃ តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិដូចម្ដេចជាមួយនឹងអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន

អ្នកមើលថែ

អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

អ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ (\*ដែលបានតែងតាំងដោយស្ថាប័នគ្រប់គ្រងដូចជា SCDD ឬតុលាការ)

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**