캘리포니아주 – 보건복지부

권한 부여 승인 양식

DS 1819 (개정 2023년12월)

발달장애서비스부

이의 제기 및 해결 커뮤니티 사무국(Office of Community Appeals and Resolutions)

**본 양식의 목적**

본 양식은 귀하(리져널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람)의 개인정보 공유를 승인하는 데 사용됩니다. 또한 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위해 귀하를 대리할 수 있는 권한을 타인에게 부여하는 데에도 사용할 수 있습니다. 위의 타인은 주 발달장애인 협의회(SCDD)나 법원이 임명하는 공인 대리인이 아닌 다른 사람을 의미합니다.

미성년 자녀의 부모, 후견인 또는 리져널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람의 법적 후견인에게 승인된 권한은 본 양식의 작성과 관련이 없습니다. 이미 법적인 허가를 받았기 때문입니다. 그러나 이들도 본 양식을 사용하여 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위하여 타인을 대리인으로 승인할 수 있습니다. 이러한 경우 위의 대리인과 리져널센터의 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람과의 관계 증명 서류를 추후에 제공해야 할 수도 있습니다.

고객 권리 관련 불만 및 서비스 이의 제기 유형은 다음과 같이 다양합니다.

* 얼리스타트(Early Start) 프로그램 불만 접수 – 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않거나 출생일로부터 만 3세까지의 아동에 대한 권리가 침해되었다고 생각하는 경우.
* 랜터만 서비스(Lanterman Service) 이의 제기 – 리져널센터가 제안한 랜터만 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않는 경우.
* 4731(고객 권리 불만 사항) – 리져널센터나 서비스 제공자가 귀하의 권리를 침해했다고 생각하는 경우. 이는 서비스나 수혜 자격 외의 사항에 대한 불만 사항입니다.

**도움을 받을 수 있는 곳**

* 서비스 코디네이터 또는 기타 리져널센터 직원(귀하가 요청하는 경우).
* 고객의 권리 대변인(CRA):
	+ - 북부 캘리포니아 (800) 390-7032 또는
		- 남부 캘리포니아 (866) 833-6712 또는
		- [다음에서 리져널센터의 고객 권리 대변인을 찾아보십시오](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ 옴부즈맨 사무실: (877) 658-9731 또는 ombudsperson@dds.ca.gov 또는 [온라인](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
	+ 자기 결정 프로그램에 참여하고 있는 경우 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov로 이메일을 보내거나 [온라인](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
* 주 발달장애인 협의회(SCDD) 자신의 지역 SCDD 사무소를 찾으려면 이 웹페이지 [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) 상단에서 "Regional Offices(지역 사무소)"를 선택한 다음 해당 지역을 선택하십시오. 또한 (833) 818-9886번을 통해 문의할 수도 있습니다.
* 캘리포니아주 장애인 권리 협회(DRC: Disability Rights California):
	+ - 1-800-776-5746
		- 문자 전송(TTY) 전화: 1-800-719-5798
		- 또한 [DRC의 온라인 접수 양식](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form)을 이용할 수도 있습니다.
* 가족자원센터(Family Resource Center)<https://frcnca.org/get-connected/>)에서 도움을 받을 수도 있습니다.
* 도움을 받을 만한 지역 학부모 지원 그룹 또는 지역 관련 단체를 찾는 데 리져널센터에서 도움을 드릴 수 있습니다.

**기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.**

케이스 번호:

**(관련 기관 전용란) \*** 필수 입력란

**리져널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람에 관한 정보:**

**\*이름: \*성: \*생년월일: 고유 고객 식별 정보(UCI)**

**\*리져널센터:** 항목 선택

**권한 부여가 필요한 대상은 무엇입니까?**(하나 이상의 옵션 선택 가능)

[ ]  고객 권리 불만 접수(4731) [ ]  Lanterman 서비스 또는 수혜 자격 이의 제기

[ ]  Early Start 불만 접수 [ ]  기타

**대리인 정보:**

**\*이름: \*성:**

**\*리져널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 관계:**

[ ]  성인 자녀의 부모 [ ]  법적 대리인 [ ]  기타

[ ]  가족 구성원 [ ]  변호사

[ ]  친구 [ ]  보호자

**\*도로 주소: \*아파트 번호:**

**\*시: \*우편번호:**

**\*주요 전화번호: 주요 전화번호 유형: 문자 메시지를 받을 수 있습니까?**

 [ ]  휴대폰 [ ]  집 [ ]  직장 [ ]  예 [ ]  아니요

 (데이터 요금이 부과될 수 있음)

**보조 전화번호: 주요 전화번호 유형: 문자 메시지를 받을 수 있습니까?**

 [ ]  휴대폰 [ ]  집 [ ]  직장 [ ]  예 [ ]  아니요

 (데이터 요금이 부과될 수 있음)

**이메일 주소:**

**서명란:**

이 양식에 서명함으로써 본인은 위에 명시된 대리인에게 위에 명시된 대로 정보를 수신하거나, 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람을 대리할 수 있는 권한을 서면으로 부여합니다.

**\*서명: \* 정자체 이름:**

**\*서명일:**

**다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 리져널센터의 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 귀하의 관계는 어떻게 됩니까?**

[ ]  미성년 자녀의 부모

[ ]  후견인

[ ]  법적 보호자

[ ]  위임 대리인(\*SCDD 또는 법원과 같은 관리 기관에서 임명)

**기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.**