ລັດຄາລິຟໍເນຍ - ອົງການບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ

ແບບຟອມອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າ

DS 1819 (ປັບປຸງໃໝ່. 12/2023)

ພະແນກພັດທະນາການບໍລິການ

ຫ້ອງການແກ້ໄຂ ແລະ ອຸທອນຂອງຊຸມຊົນ

**ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຫຍັງ?**

ແບບຟອມນີ້ຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ອະນຸຍາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ຜູ້ທີ່ກໍາລັງຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນ). ມັນຍັງສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ອັນນີ້ແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໂດຍສະພາຄົນພິການແຫ່ງການພັດທະນາຂອງລັດ (SCDD) ຫຼື ສານ.

ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ, ຜູ້ດູແລ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ສິດແກ່ຕົນເອງ. ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍຢູ່ແລ້ວ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ເຂົາເຈົ້າອາດຈະໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ອື່ນເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ຫຼັກຖານຄວາມສຳພັນກັບບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນພາຍຫຼັງ.

ປະເພດຂອງການຮ້ອງໍສິດທິຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ການອຸທອນການບໍລິການແມ່ນ:

* ການຮ້ອງທຸກໄວ –ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ເຊື່ອວ່າຖືກລະເມີດສິດທິເດັກນ້ອຍຕັ້ງແຕ່ເກີດຈົນກ່ວາອາຍຸສາມປີ.
* ການອຸທອນການບໍລິການ Lanterman – ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການຕັດສິນການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ສະເຫນີໃຫ້ໂດຍສູນກາງພາກພື້ນ.
* 4731 (ການຮ້ອງທຸກສິດຜູ້ບໍລິໂພກ) – ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກລະເມີດສິດໂດຍສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ການຮ້ອງທຸກເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ.

**ບ່ອນ​ທີ່​ຈະ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​**

* ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
* ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສິດທິລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
	+ - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
		- (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
		- [ຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ ຫ້ອງການກວດສອບແຫ່ງລັດ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົ້ນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ[ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກໍານົດດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາສົ່ງອີເມວ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົ້ນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* ສະພາແຫ່ງລັດກ່ຽວກັບຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ (SCDD). ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ SCDD ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ເລືອກເອົາ "ຫ້ອງການພາກພື້ນ" ຢູ່ເທິງສຸດຂອງຫນ້າເວັບນີ້: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) ແລະ ຈາກນັ້ນໃຫ້ເລືອກເອົາພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ SCDD ໄດ້ທີ່ (833) 818-9886.
* ສິດຜູ້ພິການແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DRC) ທີ່:
	+ - 1-800-776-5746
		- 1-800-719-5798 ສຳລັບການໂທ TTY
		- ທ່ານຍັງສາມາດປະກອບ [ແບບຟອມການຮັບຂອງ DRC ທາງອອນໄລນ໌](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
* ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະໜັບສະໜູນພໍ່-ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**

ໝາຍເລກກໍລະນີ:

**(ໃຊ້ພາຍໃເທົ່ານັ້ນ) \*** ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

**ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຜູ້​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ ຫຼື ກຳລັງ​ຊອກ​ຫາ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສູນ​ພາກ​ພື້ນ​:**

**\*ຊື່: \*ນາມສະກຸນ: \*ວັນເດືອນປີເກີດ: ລະຫັດລະບຸລູກຄ້າ (UCI)**

**\*ສູນພາກພື້ນ** ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

**ທ່ານຕ້ອງການຕົວວແທນເພື່ອຫຍັງ?** (ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງທງເລືອກ)

[ ]  ການຮ້ອງທຸກສິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ (4731) [ ]  ການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການອຸທອນການມີສິດໄດ້ຮັບ

[ ]  ການ​ຮ້ອງ​ທຸກໄວ [ ]  ອື່ນໆ:

**ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າ:**

**\*ຊື່: \*ນາມສະກຸນ:**

**\*ຄວາມ​ສໍາ​ພັນ​ກັບ​ຜູ້​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ ​ຫຼື​ ຂໍການ​ບໍ​ລິ​ການ​ຈາກສູນ​ພາກ​ພື້ນ​:**

[ ]  ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ໃຫຍ່ແລ້ວ [ ]  ຜູ້ສະໜັບສະໜູນທາງກົດໝາຍ [ ]  ອື່ນໆ:

[ ]  ສະມາຊິກຄອບຄົວ [ ]  ທະນາຍຄວາມ

[ ]  ເພື່ອນ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງ

**\*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: \*ໝາຍເລກຫ້ອງ:**

**\*ເມືອງ: \*ລະຫັດໄປສະນີ:**

**\*ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ບ້ານ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດມີຄ່າບໍລິການຂໍ້ມູນ)

**ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ບ້ານ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດມີຄ່າບໍລິການຂໍ້ມູນ)

**ທີ່ຢູ່ອີເມວ:**

**ພາກລົງລາຍເຊັນ:**

ກ່ອນການລົງລຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ/ຫຼື ເປັນຕົວແທນຂອງຜູ້ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ຂໍການບໍລິການ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

**\*ລາຍເຊັນ: \*ຊື່ແຈ້ງ:**

**\*ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:**

**ຖ້າທ່ານກໍາລັງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃນນາມຄົນອື່ນ, ທ່ານມີຄວາມສໍາພັນຫຍັງກັບຜູ້ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ຊອກຫາການບໍລິການຂອງສູນພາກພື້ນ:**

[ ]  ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ

[ ]  ຜູ້ດູແລ

[ ]  ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

[ ]  ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (\*ແຕ່ງຕັ້ງໂດຍອົງການປົກຄອງເຊັ່ນ SCDD ຫຼື ສານ)

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**