Estado da Califórnia – Agência de Serviços Humanos e de Saúde

Formulário de Autorização de Representante

DS 1819 (Rev. 12/2023)

Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS)

Gabinete de Recursos e Resoluções da Comunidade

**PARA QUE SERVE ESTE FORMULÁRIO?**

Este formulário é usado para autorizar a partilha das informações pessoais sobre si (a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional). Também pode ser usado para autorizar alguém a representá-lo(a) numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Isto é diferente de um representante autorizado nomeado pelo Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD, na sigla em inglês) ou por um tribunal.

Os pais/mães de um menor de idade, tutores ou responsáveis legais de pessoas que buscam ou recebem serviços de um centro regional não precisam de preencher este formulário para se autorizarem a si próprios. Já têm permissão legal. No entanto, podem usar este formulário para autorizar outra pessoa como seu representante numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Posteriormente, pode ser necessário fornecer um comprovativo da relação com a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional.

Os diferentes tipos de queixa de defesa do consumidor e recurso referente a um serviço são:

* Queixa sobre início de vida: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade, ou acredita que os direitos de uma criança de 0 a 3 anos de idade foram violados.
* Recurso referente a um serviço nos termos da Lei Lanterman: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade tomada por um centro regional nos termos da Lei Lanterman.
* 4731 (queixa de defesa do consumidor): quando acredita que os seus direitos foram violados por um centro regional ou prestador de serviços. Estas queixas não tratam dos serviços ou da elegibilidade em si.

**COMO OBTER AJUDA**

* O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.
* O defensor dos direitos dos seus clientes (CRA), pelos números:
	+ - (800) 390-7032 para a Califórnia do Norte ou
		- (866) 833-6712 para a Califórnia do Sul ou
		- [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov, ou procure mais informações [neste site](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ Caso participe no Programa de Autodeterminação, envie um e-mail a: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ou procure mais informações [neste site](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione “Regional Offices” (“Escritórios regionais”) na parte superior deste site: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) e escolha a sua região. O SCDD também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
* Direitos por Deficiência da Califória (DRC), pelo número:
	+ - 1-800-776-5746
		- 1-800-719-5798 para chamadas de TTY
		- Também pode preencher o [formulário de admissão virtual do DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
* Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* O seu centro regional poderá ajudar a descobrir um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**

Número do caso:

**(Apenas para uso interno) \*** Campos obrigatórios

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE ESTÁ A RECEBER OU À PROCURA DE SERVIÇOS DO CENTRO REGIONAL:**

**\*Nome: \*Sobrenome: \*Data de nascimento: Identificador exclusivo do cliente (UCI)**

**\*Centro Regional:** Escolher uma opção

**PARA O QUE DESEJA SER REPRESENTADO?** (Pode escolher mais de uma opção)

[ ]  Queixa de defesa do consumidor (4731)

[ ]  Recurso referente a um serviço ou elegibilidade nos termos da Lei Lanterman

[ ]  Queixa de início de vida [ ]  Outro:

**INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE:**

**\*Nome: \*Sobrenome:**

**\*Relacionamento com a pessoa que recebe ou busca serviços de um centro regional:**

[ ]  Pai/mãe de um adulto [ ]  Defensor jurídico [ ]  Outro:

[ ]  Parente [ ]  Advogado

[ ]  Amigo [ ]  Guardião

**\*Endereço: \*Número do apartamento:**

**\*Cidade: \*Código postal:**

**\*Número de telefone primário: Tipo de n.º de telefone primário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Telemóvel [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**N.º de telefone secundário: Tipo de n.º de telefone secundário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Telemóvel [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**E-mail:**

**SECÇÃO DE ASSINATURAS:**

Ao assinar este formulário, autorizo por escrito o representante indicado acima a receber informações e/ou a representar a pessoa que recebe ou procura serviços identificada acima.

**\*Assinatura: \*Nome em letra de imprensa:**

**\*Data de assinatura:**

**Se estiver a preencher este formulário em nome de outra pessoa, qual é a sua relação com a pessoa que recebe ou procura serviços de um centro regional?**

[ ]  Pai/mãe de menor

[ ]  Tutor

[ ]  Responsável legal

[ ]  Representante autorizado (\*nomeado por um órgão do governo, como o SCDD ou um tribunal)

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**