Штат Калифорния — Агентство здравоохранения и социальных служб

Форма предоставления полномочий представителю

DS 1819 (Ред. от 12.2023 г.)

Департамент социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии

Управление по рассмотрению и урегулированию апелляций населения

**ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ЭТА ФОРМА?**

Данная форма используется для предоставления разрешения на передачу касающейся вас (лица, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра) информации личного характера. Она также может использоваться для предоставления кому-либо разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Этот статус отличается от статуса уполномоченного представителя, назначаемого Советом штата по нарушениям в развитии (State Council of Developmental Disabilities, SCDD) или судом.

Родителям несовершеннолетнего ребенка, попечителям или законным опекунам лиц, которые обращаются с просьбой о получении или получают услуги региональных центров, не нужно заполнять данную форму, чтобы предоставить самим себе такое разрешение. У них уже есть законное разрешение. Однако они могут использовать данную форму для предоставления другим лицам разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Возможно, позже понадобится предоставить подтверждение статуса по отношению к лицу, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра.

Различные типы жалоб о нарушении прав потребителей и апелляций в связи с предоставлением услуг:

* Жалоба в связи с программами раннего развития. Вы не согласны с решением о предоставлении услуг или соответствии критериям, которое было вынесено в отношении ребенка в возрасте от рождения до трех лет, либо полагаете, что были нарушены права такого ребенка.
* Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана. Вы не согласны с решением регионального центра о предоставлении услуг по Закону Лантермана или о соответствии критериям их предоставления.
* 4731 (Жалоба о нарушении прав потребителей). Вы полагаете, что региональным центром или поставщиком услуг были нарушены ваши права. Такие жалобы не касаются услуг или соответствия критериям.

**КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ**

* Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
* Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
	+ - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
		- (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
		- [Здесь можно найти защитника прав клиентов, работающего в вашем региональном центре](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ Управление уполномоченного по правам человека, куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731 или по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov; с дополнительной информацией можно ознакомиться [по ссылке](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ Если вы являетесь участником Программы самоопределения, обратитесь по адресу электронной почты sdp.ombudsperson@dds.ca.gov или ознакомьтесь с дополнительной информацией [по ссылке](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») в верхней части этой веб-страницы: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/), а затем выберите свой регион. Также вы можете обратиться в SCDD по номеру телефона: (833) 818-9886.
* Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC), с которым можно связаться по следующим номерам телефона:
	+ - 1-800-776-5746;
		- 1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа.
		- Вы также можете заполнить [форму онлайн-заявки в DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
* Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
* В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**

Номер дела:

**(только для внутреннего пользования) \*** Обязательные поля

**ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИЛИ ОБРАЩАЕТСЯ С ПРОСЬБОЙ ОБ ИХ ПОЛУЧЕНИИ:**

**\*Имя: \*Фамилия: \*Дата рождения: Уникальный идентификатор клиента (UCI)**

**\*Региональный центр:** Выберите вариант ответа

**ДЛЯ ЧЕГО ВАМ НУЖЕН ПРЕДСТАВИТЕЛЬ?** (Можно выбрать несколько вариантов)

[ ]  Жалоба о нарушении прав потребителей (4731) [ ]  Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана или соответствием критериям их предоставления

[ ]  Жалоба в связи с программами раннего развития [ ]  Иное:

**ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:**

**\*Имя: \*Фамилия:**

**\*Кем приходится лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:**

[ ]  Родитель совершеннолетнего ребенка [ ]  Правозащитник [ ]  Иное:

[ ]  Член семьи [ ]  Адвокат

[ ]  Друг [ ]  Опекун

**\*Улица и номер дома: \*Номер квартиры:**

**\*Город: \*Индекс:**

**\*Основной номер телефона: Вид основного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 [ ]  Мобильный [ ]  Домашний [ ]  Рабочий [ ]  Да [ ]  Нет

 (Может взиматься плата за передачу данных)

**Дополнительный номер телефона: Вид дополнительного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 [ ]  Мобильный [ ]  Домашний [ ]  Рабочий [ ]  Да [ ]  Нет

 (Может взиматься плата за передачу данных)

**Адрес эл. почты:**

**РАЗДЕЛ ДЛЯ ПОДПИСИ:**

Подписывая данную форму, я даю письменное разрешение указанному выше представителю получать информацию и/или представлять указанное выше лицо, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении.

**\*Подпись: \*Имя и фамилия печатными буквами:**

**\*Дата подписания:**

**Если вы заполняете данную форму не от своего имени, укажите, кем вы приходитесь лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:**

[ ]  Родитель несовершеннолетнего ребенка

[ ]  Попечитель

[ ]  Законный опекун

[ ]  Уполномоченный представитель (\*назначенный руководящим органом, таким как SCDD или суд)

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**