加利福尼亚州——卫生与公共服务部

代表授权书

DS 1819 (Rev. 12/2023)

发展服务部

社区申诉及调解事务办公室

**这份授权书的作用是什么？**

这份授权书是用来授权共享您（寻求或接受区域中心服务的人）的个人信息，还可用于授权其他人在消费者权益投诉或服务申诉事务中代您行事。这与州发育障碍理事会（SCDD）或法院所指定的授权代表不是一回事。

如果是未成年儿童的父母，或者担任寻求或接受区域中心服务的人的照管人或法定监护人，则无需填写此表来获得授权。他们已获得了法律许可。不过，他们可以使用这份文件来授权他人在消费者权益投诉或服务申诉事务中代您行事。随后可能需要出具文件，证明与寻求或接受区域中心服务的人的关系。

消费者权益投诉及服务申诉包括以下几类：

* Early Start投诉 – 您不认同针对消费者（不满3岁的儿童）的具体服务或服务资格相关的决定，或认为其权益受到了侵犯。
* 兰特曼法案服务申诉 – 您不认同区域中心提出的兰特曼法案服务或资格相关的决定。
* 4731（消费者权益投诉） – 您认为区域中心或服务提供者侵犯了您的权益，这些投诉与具体服务或资格无关。

**谁能提供帮助**

* 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员（请主动开口求助）。
* 您的客户权益倡导人（CRA）：
  + - (800) 390-7032（北加州），或
    - (866) 833-6712（南加州），或
    - [在此查找您所在区域中心的客户权益倡导人](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)。
  + 监察专员办公室： 请致电(877) 658-9731，发送电子邮件到[ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)，或访问[在线页面](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)获得更多信息。
  + 如果您是自主决定计划参与者，请发送电子邮件到：[sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)，或访问[在线页面](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)获得更多信息。
* 加州发育障碍理事会（SCDD）。要查找您所在地的SCDD办事处，请访问[www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/)，选择网页顶部的“区域办事处”，再查找您所在的地区。您也可以致电 (833) 818-9886联系SCDD。
* 加州残障权益会（DRC）：
  + - 1-800-776-5746
    - 1-800-719-5798（文本电话）
    - 您也可以填写[DRC在线受理表](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form)。
* 您也可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
* 您的区域中心可为您联系能够为您提供帮助的本地家长支持团体或社区组织。

**机密客户信息，《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节，《健康保险便利和责任法案》**

案件编号：

**（内部资料） \***必填项

**接受或寻求区域中心服务的人员信息：**

**\*名： \*姓： \*出生日期： 唯一客户标识符（UCI）**

**\*区域中心：**请选择一项

**您需要代表处理什么事务？**（可多选）

消费者权益投诉 (4731) 兰特曼法案服务或资格申诉

Early Start投诉 其他：

**代表信息：**

**\*名： \*姓：**

**\*与接受或寻求区域中心服务的人的关系：**

成年子女的家长 法律倡导人 其他：

家庭成员 律

朋友 监护人

**\*街道地址： \*公寓号：**

**\*城市： \*邮政编码：**

**\*主要电话号码： 主要电话号码类型： 是否能收发短信？**

手机  家庭电话  工作电话 是  否

（可能产生数据费）

**备用电话号码： 主要电话号码类型： 是否能收发短信？**

手机  家庭电话  工作电话 是  否

（可能产生数据费）

**电子邮件地址：**

**签名栏：**

在授权书上签字即代表本人通过书面形式授权上方人士代为接收信息并/或代表接受或寻求区域中心服务的人行事。

**\*签名： \*工整书写的姓名：**

**\*签名日期：**

**如果您是代他人填写授权书，请说明您与接受或寻求区域中心服务的人是什么关系：**

未成年儿童的家长

照管人

法定监护人

授权代表（\*由SCDD或法院等管理机构指定）

**机密客户信息，《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节，《健康保险便利和责任法案》**