Estado de California: Agencia de Salud y Servicios Humanos

Formulario de autorización del representante

DS 1819 (Rev. 12/2023)

Departamento de Servicios de Desarrollo

Oficina de Apelaciones y Resoluciones de Cuestiones Comunitarias

**¿PARA QUÉ SIRVE ESTE FORMULARIO?**

Este formulario otorga permiso para compartir información personal sobre usted (la persona que solicita o recibe servicios del centro regional). También puede utilizarse para autorizar a alguien a que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Esto es diferente del rol del representante autorizado designado por el Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD) o un tribunal.

Los padres de un menor, los conservadores o los tutores legales de las personas que solicitan o reciben servicios del centro regional no necesitan completar este formulario para autorizarse a sí mismos. Ya tienen permiso legal. Sin embargo, pueden utilizar este formulario para otorgar permiso a otra persona para que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Es posible que la prueba del parentesco con la persona que solicita o recibe los servicios del centro regional deba presentarse más adelante.

Los distintos tipos de reclamos sobre los derechos como cliente y de apelación de un servicio son los siguientes:

* Reclamo sobre Early Start: cuando usted no está de acuerdo con un servicio o decisión de elegibilidad o cree que se violaron los derechos de un niño desde el nacimiento hasta los tres años.
* Apelación de servicio relacionado con la Ley Lanterman: cuando no está de acuerdo con un servicio relacionado con la Ley Lanterman o con la decisión de elegibilidad propuesta por un centro regional.
* 4731 (reclamo sobre los derechos como cliente): cuando cree que un centro regional o un proveedor de servicios no respetó sus derechos. Estos reclamos no se refieren a los servicios ni a la elegibilidad.

**DÓNDE OBTENER AYUDA**

* De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
* Su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
	+ - (800) 390-7032 para el norte de California;
		- (866) 833-6712 para el sur de California; o
		- [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione “Oficinas regionales” en la parte superior de esta página web: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov), y luego elija su área. También puede comunicarse con el SCDD al (833) 818-9886.
* Disability Rights California (DRC) al:
	+ - 1-800-776-5746
		- 1-800-719-5798 para llamadas TTY
		- Asimismo, puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
* También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**

Número de caso:

**(Solo para uso interno) \*** Campos obligatorios

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE O NECESITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:**

**\* Nombre: \* Apellido: \* Fecha de Identificador único**

 **nacimiento: de cliente (UCI)**

**\*Centro Regional:** Elija una opción

**¿PARA QUÉ DESEA TENER REPRESENTACIÓN?** (Puede seleccionar más de una opción).

[ ]  Reclamo sobre los derechos como cliente (4731)

[ ]  Servicio relacionado con la Ley Lanterman o apelación de elegibilidad

[ ]  Reclamo sobre Early Start [ ]  Otros:

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:**

**\* Nombre: \* Apellido:**

**\* Relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional:**

[ ]  Padre o madre de un hijo adulto [ ]  Defensor jurídico [ ]  Otros:

[ ]  Familiar [ ]  Abogado

[ ]  Amigo [ ]  Tutor

**\* Dirección: \* Número de departamento:**

**\* Ciudad: \* Código postal:**

**\* Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Dirección de correo electrónico:**

**SECCIÓN DE FIRMAS:**

Al firmar este formulario, estoy dando permiso por escrito al representante nombrado anteriormente para recibir información y/o representar a la persona que recibe o solicita servicios, como se identifica arriba.

**\*Firma: \*Nombre en letra imprenta:**

**\*Fecha de firma:**

**Si completa este formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional?**

[ ]  Padre o madre de un menor

[ ]  Conservador

[ ]  Tutor legal

[ ]  Representante autorizado (\*designado por un órgano de gobierno, como el SCDD o un tribunal)

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**