

Այս ձեւաթուղթը կը գործածուի բողոքի դիմում ներկայացնելու՝ Լանթերման օրէնքի իրաւասութիւններու եւ ծառայութիւններու մասին: Այս ձեւաթուղթը կանուխ միջամտութեան կամ մատակարարներու բողոքի համար ՉԻ գործածուիր:

ԻՆՉՊԵՆ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ.

- Բողոքի դիմում ներկայացնելու ամենէն արագ ձեւը առցանց է, Չարգացման ծառայութիւններու բաժանմունքի (DDS) կայքէջին վրայ՝ <https://bit.ly/DDSAppealForm>:

ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ԱՅԼ ՁԵՒԵՐ.

- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը դրկել հետեւեալ Ե-նամակի հասցէին՝ AppealRequest@dds.ca.gov
- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը նամակատան միջոցով դրկել հետեւեալ հասցէին՝ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը դրկել ֆաքսի միջոցով՝ 916-654-3641 թիւին

ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ԺԱՄԱՆԿԱՑՈՅՑՆԵՐ.

Պէտք է ձեր բողոքի դիմումը ժամկետին մէջ ամբողջացնել: Բոլոր բողոքի պահանջները պէտք է դրկուին նամակատան կնիքով կամ ստացուին DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 60 օրը՝ Գործողութեան մասին ազդը (NOA) կամ Բարեխիղճ հաւատքի նամակը (GFBL) ստանալու օրէն: Կան երկու ժամկետներ:

- Առաջին ժամկետը այն է, երբ դուք կը փափաքիք ձեր ընթացիկ ծառայութիւնները պահել այնպէս ինչպէս որ են՝ ձեր բողոքի գործընթացին ժամանակ.
 - Ձեր դիմումը պէտք է դրկուի նամակատան կնիքով կամ ստացուի DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 30 օրը՝ ձեր NOA-ը կամ GFBL-ը ստանալէն եւ նախքան գործողութիւններու իրականացումէն:
 - Ձեր ներկայ ծառայութիւնները բողոքի գործընթացին ժամանակ նոյնը պահելը կը կոչուի «aid paid pending»:
- Երկրորդ ժամկետը այն է, երբ ձեր բողոքի դիմումը նամակատան կնիքով դրկուի կամ DDS-ին կողմէ ստացուի ձեր NOA-ը կամ GFBL-ը ստանալէ 31-էն 60 օր ետք: Բողոքի դիմում մը, որ կը ներկայացուի 31-էն 60 օրուան ընթացքին, ընթացք կը ստանայ, սակայն aid paid pending չտրուիր:

ՈՒՐԿԵ՝ ՕԳՆՈՒԹԻՒՆ ՍՏԱՆԱԼ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՍԱՐ

- Ձեր ծառայութիւններու համակարգողը, կամ Շրջանային կեդրոնի պաշտօնեան, եթէ անոնց դիմէք:
- Ձեր յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը (CRA)
 - (800) 390-7032 Հիւսիսային Քալիֆորնիայի համար, (866) 833-6712 Հարաւային Քալիֆորնիայի համար, կամ
 - [Գտէ՛ք ձեր Շրջանային կեդրոնին յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը այստեղ.](#)
- Մարդկային իրաւունքներու պաշտպանի գրասենեակները՝ (877) 658-9731 հեռաձայնի թիւով կամ ombudsperson@dds.ca.gov Ե-նամակի հասցեով, կամ [առցանց՝ այստեղ](#):
 - Եթէ դուք Ինքնորոշման ծրագիրին մաս կը կազմէք, գրեցէ՛ք այս Ե-նամակի հասցէին՝ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov կամ կրնաք [առցանց](#) ընել գայն:
- Չարգացման հաշմանդամութիւններու Պետական խորհուրդ (SCDD) Ձեր տեղական SCDD-ի գրասենեակը գտնելու համար, սեղմեցէ՛ք www.scdd.ca.gov կայքէջին վերը գտնուող «Regional Offices» բաժինը եւ ընտրեցէ՛ք ձեր շրջանը: Կրնաք նաեւ կապուիլ իրենց հետ՝ հեռաձայնելով (833) 818-9886 թիւին:
- Հաշմանդամութեան իրաւունքներ Քալիֆորնիա (DRC)
 - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 TTY-ի համար, կամ կրնաք ամբողջացնել [DRC-ի առցանց ընդունման ձեւաթուղթը](#):
 - Անոնք հասանելի են երկուշաբթի, երեքշաբթի, հինգշաբթի եւ ուրբաթ օրերը՝ առաւօտեան 9:00-էն մինչեւ կէսօրէ ետք 3:00:
- Կրնաք նոյնպէս օգնութիւն ստանալ Ընտանեկան աղբիւրներու կեդրոնէ մը՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:
- Ձեր շրջանային կեդրոնը կրնայ օգնել ձեզի՝ գտնելու ընտանեկան աջակցութեան տեղական խումբ մը կամ համայնքային կազմակերպութիւն մը, որ կրնայ ձեզի օգտակար դառնալ:

«Բողոքներու տեղեկութիւններու ծրարը» կարելի է գտնել օգտագործելով QR քոտը կամ վարը նշուած յղումը: Անոնք յաւելեալ տեղեկութիւններ կու տան բողոքի գործընթացին վերաբերեալ:



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:

*Այս բողոքը ո՞ր շոջանային կեդրոնին կը վերաբերի:

*Պահանջուած բաժիններ

ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ԿԵՂՈՒՆԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹԻՒՆՆԵՐ ՍՏԱՅՈՂ ԿԱՍ ՓՆՏՈՂ ԱՆՁԻՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ.

*Անուն.	*Մականուն.	*Ծննդեան թուական.	Յաճախորդին ինքնուրինը հաստատող թիւ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Փողոցի հասցէ.	Յարկաբաժինի թիւ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Քաղաք.	*Zip.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Հիմնական հեռաձայնի թիւ.	Հիմնական հեռաձայնի թիւի տեսակ.	Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Բջիջային հեռաձայն <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Աշխատավայր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <small>(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)</small>

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ.	Երկրորդական հեռաձայնի թիւի տեսակ.	Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Բջիջային հեռաձայն <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Աշխատավայր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <small>(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)</small>

Ե-նամակի հասցէ.

*Ի՞նչ ձեւով կը նախընտրէք կապուիլնք ձեզի հետ: Հեռաձայնելով Ե-նամակով Հեռաձայնային նամակով

*Ո՞ր լեզուն կը նախընտրէք: ***Թարգմանիչի կարիքը ունի՞ք:** Այո Ոչ

ԵԹԵ ԱՅԼ ԱՆՁԻ ՍԸ ՀԱՄԱՐ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ԿԸ ԿԱՏԱՐԵՔ, ՁԵՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐԸ ՏՐԱՄԱՐԵՑԵՔ ԱՅՍԵՂ.

Անուն. <input type="text"/>	Մականուն. <input type="text"/>
------------------------------------	---------------------------------------

Յարաբերութիւնը բողոքի դիմումի շահագրգիռ անձին հետ.

<input type="checkbox"/> Անչափահասի մը ծնողը	<input type="checkbox"/> Հոգատար	<input type="checkbox"/> Խնամակալ
<input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ	<input type="checkbox"/> Իրաւաբան	<input type="checkbox"/> Այլ. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Լիազօրուած ներկայացուցիչ	<input type="checkbox"/> Փաստաբան	

Փողոցի հասցէ.	Յարկաբաժինի թիւ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Քաղաք.	Չիփ քոտ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Հիմնական հեռաձայնի թիւ.	Հիմնական հեռաձայնի թիւի տեսակ.	Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Բջիջային հեռաձայն <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Աշխատավայր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <small>(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)</small>

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ.	Երկրորդական հեռաձայնի թիւի տեսակ.	Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Բջիջային հեռաձայն <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Աշխատավայր	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <small>(Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)</small>

Ե-նամակի հասցէ.

Ի՞նչ ձեւով կը նախընտրէք կապուիլնք ձեզի հետ: Հեռաձայնելով Ե-նամակով Հեռաձայնային նամակով

*Ո՞ր լեզուն կը նախընտրէք: ***Թարգմանիչի կարիքը ունի՞ք:** Այո Ոչ

Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Զալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:

ԻՆՉՈՒՒ ԶԱՄԱՐ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՍՈՒՄ ԿԸ ՊԱՅԱՆՑԷՔ:

***Շրջանային կեդրոնէն ստացա՞ծ էք փաստաթուղթ մը, որուն մասին կ'ուզէք բողոք ներկայացնել:**

- գործողութեան մասին ազդ (NOA) Բարեխիղճ հաւատքի նամակ (GFBL) Ոչ մէկը

Եթէ NOA ստացած էք, ո՞ր թուականին ստացած էք զայն:

*** Առաջարկուած որոշումը՝ շրջանային կեդրոնին կողմէ առնուած.**

(Ընտրեցէ՛ք ինչ որ կիրարկելի է)

<input type="checkbox"/> Իրաւասութեան մերժում.	Դուք շրջանային կեդրոնէ մը տեղեկացուած էիք, թէ իրաւասու չէք օգտուելու շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններէ՝ Լանթերման օրէնքի համաձայն: (Ասիկա Կանուխ միջամտութեան իրաւասութեան համար չէ):
<input type="checkbox"/> Իրաւասութեան դադրեցում.	Ներկայիս կը ստանաք շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ եւ տեղեկացուցիւ, թէ այլեւս իրաւասու չէք: Կրնայ այսպէս ըլլալ, որովհետեւ վերանայելէ ետք, ի յայտ եկած է, թէ իրաւասու չէք շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստանալու:
<input type="checkbox"/> Ծառայութեան մերժում.	Նոր ծառայութիւն մը խնդրեցիք եւ խնդրանքը մերժուեցաւ ձեր շրջանային կեդրոնին կողմէ:
<input type="checkbox"/> Ծառայութեան նուազեցում.	Ձեր շրջանային կեդրոնէն տեղեկացաք, թէ ներկայ ծառայութիւն մը աւելի քիչ քանակով պիտի ստանաք:
<input type="checkbox"/> Ծառայութեան դադրեցում.	Ձեր շրջանային կեդրոնէն տեղեկացաք, թէ այլեւս պիտի չստանաք ձեր ներկայ ծառայութիւններէն մէկը կամ աւելին:

Ե՞րբ է շրջանային կեդրոնի գործողութեան առաջարկուող թուականը:

***Բողոքի պատճառ(ներ)ը.**

Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Զալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:

ԻՆՉՊԵՍ ԿՈՒՉԷՔ ՓՈՐՁԵԼ ԼՈՒԾԵԼ ՁԵՐ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄԸ:

Բողոքի գործընթացը երեք բաժիններ է կը բաղկանայ: Կրնաք մէկ կամ մէկէ աւելի բաժիններ օգտագործել: Եթէ ձեր անհամաձայնութիւնը չլուծուի մէկ բաժին գործածելով, կրնաք հետագային որոշել միւս մասերն ալ օգտագործել:

***Ընտրեցէ՛ք այն մասերը, որոնք կ'ուզէք օգտագործել:**

Նշում. Եթէ վիտօ ընտրէք, պէտք է Ե-նամակի հասցէ մը տրամադրէք:

<input type="checkbox"/> Ոչ պաշտօնական հանդիպում	Կը հանդիպիք շրջանային կեդրոնի տնօրէնին կամ իրենց կողմէ ճշդուած անձի մը հետ: Դուք եւ ձեր շրջանային կեդրոնը կը փորձէք ձեր բողոքը լուծել: Ես կ'ուզեմ, որ ոչ պաշտօնական հանդիպումը ըլլայ՝ <input type="checkbox"/> Դեմ-դիմաց <input type="checkbox"/> Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ <input type="checkbox"/> հեռաձայնի միջոցով
<input type="checkbox"/> Միջնորդութիւն	Դուք եւ շրջանային կեդրոնը կը հանդիպիք միջնորդի մը հետ: Միջնորդը շրջանային կեդրոնի կամ DDS-ի աշխատակից մը չէ: Միջնորդը ձեզի եւ շրջանային կեդրոնին կ'օգնէ ձեր բողոքին մասին համաձայնութեան գալու: Ես կ'ուզեմ, որ միջնորդութիւնը ըլլայ՝ <input type="checkbox"/> Դեմ-դիմաց <input type="checkbox"/> Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ <input type="checkbox"/> հեռաձայնի միջոցով
<input type="checkbox"/> Լսում	Ձեր լսումը կը կատարուի լսումի պաշտօնէայի մը հետ: Լսումի պաշտօնէան շրջանային կեդրոնի կամ DDS-ի աշխատակից մը չէ: Լսումի պաշտօնէան կը լսէ ձեր եւ շրջանային կեդրոնին տուած տեղեկութիւնները եւ ձեզի կ'օգնէ ձեր փաստերը յայտնաբերելու: Ապա, լսումի պաշտօնէան որոշում կ'առնէ ձեր բողոքի դիմումին մէջ ներկայացուած հարցերուն վերաբերեալ: Ես կ'ուզեմ, որ լսումը ըլլայ՝ <input type="checkbox"/> Դեմ-դիմաց <input type="checkbox"/> Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ <input type="checkbox"/> հեռաձայնի միջոցով

ԱՆՋԱՍԱՆԵԼԻ ԹՈՒԿԱՆՆԵՐ/ԺԱՄԵՐ.

Կը խնդրենք գրել այն թուականները եւ ժամերը, որոնց ընթացքին հասանելի չէք յաջորդող 90 օրերուն ընթացքին, որպէսզի ձեր ոչ պաշտօնական հանդիպումը, միջնորդութիւնը, կամ լսումը այդ թուականներուն եւ ժամերուն ընթացքին չճշդուին:

ՍՈՌԱԳՐՈՒԹԵԱՆ ԲԱԺԻՆ.

Այս ձեւաթուղթը ամբողջացնող անձը պէտք է ստորագրէ եւ թուականը նշէ վարի բաժինին մէջ: Կրնաք ստորագրել մեյլանով կամ էլեկտրոնային ձեւով: Ձեր անունը գրելով, դուք կը համաձայնիք, որ էլեկտրոնային ձեւով այս ձեւաթուղթը ստորագրած էք:

***Ստորագրութիւն.**

***Տպուած անուն.**

***Ստորագրութեան թուական.**

***Եթէ կ'ուզէք լիազօրել մէկը, որ ներկայացնէ ձեզ ձեր բողոքի դիմումին մէջ, կամ եթէ այս բողոքի դիմումը կը կատարէք այլ չափահասի մը փոխարէն, հաճեցէ՛ք ամբողջացնել կցուած ներկայացուցիչի լիազօրագիրի ձեւաթուղթը:**

Ձեր իրաւունքները բողոքի դիմումի գործընթացին առէն տրամադրուած է ձեզի ձեր NOA-ին եւ GFBL-ին հետ, եւ կարելի է գտնել այստեղ՝ <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Զալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:

Ներկայացուցիչի լիազօրութեան ձեւաթուղթ

DS 1819 (Վերանայուած 12/2023-ին)

ԻՆՉԻ՞ ՀԱՄԱՐ Է ԱՅՍ ՁԵՒԱԹՈՒՂԹԸ:

Այս ձեւաթուղթը կը գործածուի արտօնութիւն տալու՝ ձեր (շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին) մասին անձնական տեղեկութիւններով կիսուելու: Կրնայ նաեւ գործածուիլ, մէկու մը արտօնութիւն տալու՝ ձեզի ներկայացնելու յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքի մը կամ ծառայութեան բողոքի դիմում մը ներկայացնելու ատեն: Ասիկա տարբեր է լիազօրուած ներկայացուցիչէ մը, որ նշանակուած կ'ըլլայ Չարգացման հաշմանդամութիւններու Պետական խորհուրդին (SCDD) կամ դատարանի մը կողմէ:

Անչափահաս երեխայի մը ծնողները, շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձերու պահպանողները կամ օրինական ինսամակալները, պէտք չունին այս ձեւաթուղթը ամբողջացնելու՝ իրենք իրենց արտօնութիւն տալու համար: Անոնք արդէն ունին օրինական արտօնութիւն: Անոնք սակայն կրնան այս ձեւաթուղթը գործածել, ուրիշ մէկու մը արտօնութիւն տալու՝ ձեզի ներկայացնելու յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքի մը կամ ծառայութեան բողոքի դիմում մը ներկայացնելու ատեն: Շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ յարաբերութեան փաստը կրնայ պահանջուիլ աւելի ուշ:

Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոքներու եւ ծառայութեան բողոքներու դիմումներու տարբեր տեսակներն են.

- Կանուխ միջամտութեան բողոք – Երբ համաձայն չէք ծառայութեան մը կամ իրաւասութեան որոշումի մը, կամ կը հաւատաք, թէ ծննդեան օրէն միւնչել երեք տարեկան երեխայի մը իրաւունքները խախտուած են:
- Լակթերման ծառայութեան բողոքի դիմում – Երբ համաձայն չէք Լակթերման ծառայութեան մը կամ իրաւասութեան որոշումի մը՝ առաջարկուած շրջանային կեդրոնի մը կողմէ:
- 4731 (Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոք) – Երբ կը հաւատաք, թէ ձեր իրաւունքները խախտուած են շրջանային կեդրոնի մը կամ ծառայութիւն մատուցողի մը կողմէ: Այս բողոքները ծառայութիւններու կամ իրաւասութեան մասին չեն:

ՈՒՐԿԷ՞ ՕԳՆՈՒԹԻՒՆ ՍՏԱՆԱԼ

- Ձեր ծառայութեան համակարգողը, կամ շրջանային կեդրոնի պաշտօնեան, եթէ անոնց դիմէք:
- Ձեր յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը (CRA)՝
 - (800) 390-7032 Հիւսիսային Քալիֆորնիոյ համար, կամ
 - (866) 833-6712 Հարաւային Քալիֆորնիոյ համար, կամ
 - [Գտէ՛ք ձեր շրջանային կեդրոնին յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը այստեղ.](#)
- Մարդկային իրաւունքներու պաշտպանի գրասենեակները՝ (877) 658-9731 հեռաձայնի թիւով կամ ombudsperson@dds.ca.gov Ե-նամակի հասցեով, կամ յաւելեալ տեղեկութիւններ գտնել առցանց՝ [այստեղ](#):
 - Եթէ դուք հնքնորոշման ծրագիրին մաս կը կազմէք, հաճեցէ՛ք գրել այս Ե-նամակի հասցէին՝ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov կամ յաւելեալ տեղեկութիւններ գտնել առցանց՝ [այստեղ](#):
- Չարգացման հաշմանդամութիւններու Պետական խորհուրդ (SCDD) Ձեր տեղական SCDD-ի գրասենեակը գտնելու համար, սեղմեցէ՛ք www.scdd.ca.gov կայքէջին վերը գտնուող «Regional Offices» բաժինը եւ ընտրեցէ՛ք ձեր շրջանը: Կրնաք նաեւ կապուիլ SCDD-ին՝ հեռաձայնելով (833) 818-9886 թիւին:

- Հաշմանդամության իրաւունքներ Քալիֆորնիա (DRC)՝
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 հեռատիպի համար (TTY)
 - Կրկնաք նաեւ ամբողջացնել [DRC-ի առցանց րնդունման ձեւաթուղթ](#):
- Կրկնաք նոյնպէս օգնութիւն ստանալ Ընտանեկան աղբիւրներու կեդրոնէ մը՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:
- Ձեր շրջանային կեդրոնը կրնայ օգնել ձեզի՝ գտնելու ընտանեկան աջակցութեան տեղական խումբ մը կամ համայնքային կազմակերպութիւն մը, որ կրնայ ձեզի օգտակար դառնալ:

Յաճախորդի խորհրդապահական տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք:

Դատի թիվը. _____
(Ներքին գործաձուլության համար մի'այն)

* Պահանջուած բաժիններ

ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ ԿԵԴՐՈՆԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹԻՒՆՆԵՐ ՍՏԱՑՈՂ ԿԱՄ ԱԿՆԿԱԼՈՂ ԱՆՁԻՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ.

*Անուն.	*Մականուն.	*Ծննդեան թուական.	Յաճախորդին ինքնութիւնը հաստատող թիւ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

***Շրջանային կեդրոն.**

ԻՆՉԻ՞ ՉԱՄԱՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉՈՒԹԻՒՆ Կ'ՈՒԶԷՔ: (Կրնաք մէկէ աւելի պատասխաններ ընտրել)

<input type="checkbox"/> Յաճախորդներու իրաւունքներու բողոք (4731)	<input type="checkbox"/> Լակթերման ծառայութեան կամ իրաւատութեան բողոքի դիմում
<input type="checkbox"/> Կանուխ միջամտութեան բողոք	<input type="checkbox"/> Այլ. <input type="text"/>

ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐԸ.

*Անուն.	<input type="text"/>	*Մականուն.	<input type="text"/>
----------------	----------------------	-------------------	----------------------

***Յարաբերութիւնը շրջանային կեդրոնի ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ:**

<input type="checkbox"/> Ծնող՝ չափահաս երեխայի մը	<input type="checkbox"/> Օրինական պաշտպան	<input type="checkbox"/> Այլ. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ	<input type="checkbox"/> Փաստաբան	
<input type="checkbox"/> Բարեկամ	<input type="checkbox"/> Խնամակալ	

***Փողոցի հասցէ.**

***Յարկաբաժինի թիւ.**

***Քաղաք.**

***Զիւի քոտ.**

***Յիմնական հեռաձայնի թիւ.**

Յիմնական հեռաձայնի թիւի տեսակ.
 Բջիջային հեռաձայն Տուն Աշխատավայր
Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ դրկել:
 Այո Ոչ
 (Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ.

Երկրորդական հեռաձայնի թիւի տեսակ.
 Բջիջային հեռաձայն Տուն Աշխատավայր
Կարելի՞ է հեռաձայնային նամակներ դրկել:
 Այո Ոչ
 (Ցանցային գումար կրնայ գանձուիլ)

Ե-նամակի հասցէ.

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹԵԱՆ ԲԱԺԻՆ.

Ստորագրելով այս ձեւաթուղթը, գրաւոր արտօնութիւն կու տամ վերոնշեալ ներկայացուցիչին՝ տեղեկութիւն ստանալու եւ/կամ ներկայացնելու ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին, ինչպէս վերը նշուած է:

***Ստորագրութիւն.**

***Տպուած անուն.**

***Ստորագրութեան թուական.**

Եթե այս ձեւաթուղթը կ'ամբողջացնէք այլ անձի մը փոխարէն, ի՞նչ է ձեր յարաբերութիւնը շրջանային կեդրոնէն ծառայութիւններ ստացող կամ ակնկալող անձին հետ:

- Անչափահասի մը ծնողքը
- Պահպանող
- Օրինական խնամակալ
- Լիազօրուած ներկայացուցիչ (*Նշանակուած կառավարող մարմինի մը կողմէ, օրինակ SCDD-ն կամ դատարան մը)

Յաճախորդի խորհրդապահական տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ պատասխանատուութեան օրէնք: