

ទម្រង់បែបបទនេះប្រើដើម្បីប្តឹងសារទុកអំពីសេវាកម្ម និងលក្ខណសម្បត្តិតាមច្បាប់ Lanternman។

ទម្រង់បែបបទនេះមិនត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមដំបូង ឬបណ្តឹងសារទុករបស់អ្នកផ្តល់សេវាទេ។

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក៖

- មធ្យោបាយដ៏ឆាប់រហ័សបំផុតក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុកគឺតាមរយៈអេឡិចត្រូនិកតាមគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាគាំទ្រពិការភាពខួរក្បាល (DDS)៖ <https://bit.ly/DDSAppealForm>

ការដាក់បណ្តឹងសារទុកតាមមធ្យោបាយផ្សេង៖

- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ប្តឹងតាមអ៊ីមែលទៅកាន់ AppealRequest@dds.ca.gov
- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ប្តឹងតាមសំបុត្រទៅកាន់អាសយដ្ឋាន 12150 Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ប្តឹងតាមទូរសារទៅកាន់លេខ 916-654-3641

គ្រោងពេលសម្រាប់បណ្តឹងសារទុក៖

អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្តឹងសារទុករបស់អ្នកឱ្យបានទាន់ពេលវេលា។

សំណើបណ្តឹងសារទុកទាំងអស់ត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS មិនឱ្យហួសពី 60

ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA) ឬលិខិតបញ្ជាក់អះអាង (GFBL)។

មានថ្ងៃផុតកំណត់ចំនួនពីរ។

- កាលកំណត់ទីមួយគឺសម្រាប់បញ្ហាដែលអ្នកចង់រក្សាទុកសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឱ្យនៅដដែលនៅក្នុងពេលដាក់បណ្តឹងសារទុករបស់អ្នកដែរឬទេ៖
 - សំណើរបស់អ្នកត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS មិនឱ្យហួសពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកបានទទួល NOA ឬ GFBL របស់អ្នក និងនៅមុនពេលចាត់វិធានការ។
 - ការរក្សាទុកសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឱ្យនៅដដែលនៅអំឡុងពេលបណ្តឹងសារទុកត្រូវបានហៅថា ការរង់ចាំប្រាក់ជំនួយ។
- កាលផុតកំណត់ទីពីរគឺប្រសិនបើសំណើបណ្តឹងសារទុករបស់អ្នកត្រូវបានបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS ពីរយៈពេល 31 ដល់ 60 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកបានទទួល NOA ឬ GFBL របស់អ្នក។ បណ្តឹងសារទុកដែលបានដាក់ក្នុងរយៈពេលពី 31 ដល់ 60 ថ្ងៃនឹងត្រូវដំណើរការតាមនីតិវិធីប៉ុន្តែអ្នកនឹងមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយទេ។

កន្លែងទទួលជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក៖

- អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ផ្សេងទៀតប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
- អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
 - (800) 390-7032 សម្រាប់ Northern California, (866) 833-6712 សម្រាប់ Southern California, ឬ
 - [ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនប្រចាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងនេះ។](#)
- ការិយាល័យ Ombudsperson តាមលេខ (877) 658-9731 ឬ ombudsperson@dds.ca.gov ឬ [តាមអនឡាញនៅក្នុងនេះ។](#)
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Self-Determination Program, សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ឬអ្នកអាចផ្ញើតាម [អនឡាញ](#) វិញ្ញាបនបត្រ។
- ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្តីពីពិការភាពខួរក្បាល (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ SCDD ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ចូរជ្រើសរើស “ការិយាល័យតំបន់ (Regional Offices)” នៅផ្នែកខាងលើនៃគេហទំព័រនេះ៖ www.scdd.ca.gov ហើយបន្ទាប់មកជ្រើសរើសតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យតំបន់តាមលេខ (833) 818-9886 បានផងដែរ។

- សិទ្ធិពិការភាពរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California, DRC) តាមលេខ៖
 - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 សម្រាប់ TTY, ឬអ្នកអាចបំពេញ [ទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញរបស់ DRC](#)។
 - DRC ធ្វើការនៅថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក – 3:00 រសៀល
- អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរ៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
- មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្តាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។

“កញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខ” អាចរកបានដោយប្រើកូដ QR ឬតំណភ្ជាប់នេះ។ ពួកគេផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ។	 https://bit.ly/AppealInfoPacket
---	--

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន ក្នុងសុខុមាលភាព កាលីហ្វ័រញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328,
 ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**

*តើបណ្តឹងសាទុក្ខចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អំពិបញ្ជាអ្វី?

*ផ្នែកកែលម្អ

ព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលទទួលបានសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់:

*នាមត្រកូល:

*នាមខ្លួន:

*ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:

សាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន
(UCI)

*អាសយដ្ឋានផ្លូវ:

លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ:

*ក្រុង:

*ហ្សឺប:

លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ:

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ:

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ:

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ:

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:

*តើអ្នកចង់ឱ្យយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីណា? ☐ តាមទូរសព្ទ ☐ តាមអ៊ីមែល ☐ តាមសារជាអក្សរ

*តើអ្នកចូលចិត្តប្រើភាសាអ្វី?

*តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងសាទុក្ខសម្រាប់អ្នកផ្សេង ចូរផ្តល់ព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅទីនេះ:

នាមត្រកូល:

នាមខ្លួន:

ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្តឹងសាទុក្ខ:

☐ ឪពុកម្តាយកុមារតូច ☐ អ្នកមើលថែ ☐ អាណាព្យាបាល

☐ សមាជិកគ្រួសារ ☐ អ្នកគាំពារផ្លូវច្បាប់ ☐ ផ្សេងៗ:

☐ អ្នកគំណាងដែលមានសិទ្ធិ ☐ មេធាវី

អាសយដ្ឋានផ្លូវ:

លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ:

ក្រុម:

កូដតំបន់:

លេខទូរសព្ទឌីជីថល:

ប្រភេទលេខទូរសព្ទឌីជីថល:

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

លេខទូរសព្ទឌីជីថល:

ប្រភេទលេខទូរសព្ទឌីជីថល:

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:

តើអ្នកចង់ឱ្យយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីណា? ☐ តាមទូរសព្ទ ☐ តាមអ៊ីមែល ☐ តាមសារជាអក្សរ

*តើអ្នកចូលចិត្តប្រើភាសាអ្វី?

*តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន ក្នុងសុខុមាលភាព កាលបរិច្ឆេទ និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328,
ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព

ហេតុអ្វីបានជាអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងសាទុក្ខ?

***តើអ្នកបានទទួលឯកសារពិមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ដែលអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខដែរឬទេ?**

- ☐ ការជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA) ☐ លិខិតបញ្ជាក់អះអាង (GFBL) ☐ មិនមែនមួយណា

ប្រសិនបើអ្នកបានទទួល NOA តើអ្នកបានទទួលវានៅថ្ងៃណា?

***វិធានការស្នើឡើងដែលបានអនុវត្តដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់:**

(គូសផឹកទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

☐ ការបដិសេធចំពោះលក្ខណសម្បត្តិ:	អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងពិមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ថាអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានសេវាពិមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់តាមច្បាប់ Lanterman ។ (នេះមិនមែនជាលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមដំបូង (Early Start) ឡើយ)។
☐ ការបញ្ចប់លក្ខណសម្បត្តិ:	បច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងទទួលសេវាពិមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ហើយអ្នកបានទទួលដំណឹងថាអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិទៀតហើយ។ នេះអាចបណ្តាលមកពីអ្នកត្រូវបានវាយតម្លៃឡើងវិញ និងកំណត់ថាអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានសេវាពិមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។
☐ ការបដិសេធផ្តល់សេវា:	អ្នកបានស្នើសុំសេវាថ្មី ហើយសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេដដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។
☐ ការកាត់បន្ថយសេវា:	មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកបានជូនដំណឹងថាអ្នកនឹងទទួលបានសេវាបច្ចុប្បន្នតិចជាងនេះ។
☐ ការឈប់ផ្តល់សេវា:	មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកបានជូនដំណឹងថាអ្នកនឹងលែងទទួលបានសេវាបច្ចុប្បន្នមួយឬច្រើនទៀតហើយ។

តើកាលបរិច្ឆេទជាធរមានដែលបានស្នើឡើងអំពីវិធានការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជាអ្វី?

***ហេតុផល (នានា) សម្រាប់បណ្តឹងសាទុក្ខនេះ៖**

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អភិវឌ្ឍន៍ ក្នុងសុខុមាលភាព កាលីហ្វ័រញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328,
ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព

តើអ្នកចង់ព្យាយាមដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកតាមវិធីណា?

នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខមានបីផ្នែក។ អ្នកអាចប្រើផ្នែកមួយ ឬច្រើននៃផ្នែកទាំងនេះ។
ប្រសិនបើអ្នកមិនដោះស្រាយការមិនព្រមព្រៀងគ្នាដោយប្រើផ្នែកមួយ
អ្នកអាចសម្រេចចិត្តប្រើប្រាស់ផ្នែកផ្សេងទៀតនៅពេលក្រោយ។

***ជ្រើសរើសផ្នែកនានាដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នៅខាងក្រោម៖**

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសវិធីដោះស្រាយខាងក្រោម អ្នកត្រូវតែផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល។

☐ កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ	អ្នកជួបជាមួយនាយកមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ ឬនរណាម្នាក់ដែលពួកគេជ្រើសតាំង។ អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់នឹងព្យាយាមដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំចង់ឱ្យកិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖ ☐ ដោយផ្ទាល់ ☐ តាមវីដេអូ និង/ឬ ☐ តាមទូរសព្ទ
☐ ការសម្រុះសម្រួល	អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ជួបជាមួយអ្នកសម្រុះសម្រួល។ អ្នកសម្រុះសម្រួលមិនធ្វើការសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬ DDS ទេ។ អ្នកសម្រុះសម្រួលជួយអ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់បង្កើតកិច្ចព្រមព្រៀងអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំចង់ឱ្យការសម្រុះសម្រួលរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖ ☐ ដោយផ្ទាល់ ☐ តាមវីដេអូ និង/ឬ ☐ តាមទូរសព្ទ
☐ សវនាការ	សវនាការរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងជាមួយមន្ត្រីសវនាការ។ មន្ត្រីសវនាការមិនធ្វើការសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬ DDS ឡើយ។ មន្ត្រីសវនាការស្តាប់ព័ត៌មានរបស់អ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ហើយជួយរំលេចអង្គហេតុរបស់អ្នក។ បន្ទាប់មកមន្ត្រីសវនាការចេញសេចក្តីសម្រេចអំពីបញ្ហានានានៅក្នុងសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំចង់ឱ្យសវនាការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖ ☐ ដោយផ្ទាល់ ☐ តាមវីដេអូ និង/ឬ ☐ តាមទូរសព្ទ

កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងពេលដែលមិនជាប់រវល់៖

សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលដែលអ្នកជាប់រវល់នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយ
ដើម្បីកុំឱ្យគេកំណត់កាលវិភាគសម្រាប់កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ ការសម្រុះសម្រួល
ឬសវនាការរបស់អ្នកនៅអង្គភាពកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលទាំងនោះ៖

ផ្នែកហត្ថលេខា:

អ្នកដែលដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម។
អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក។ តាមរយៈការសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក
មានន័យថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាតាមអេឡិចត្រូនិកនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។

***ហត្ថលេខា:**

***ឈ្មោះ:**

***កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា:**

***ប្រសិនបើអ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់តំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងបណ្តឹងរបស់អ្នក
ឬប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងសាទុក្ខនេះក្នុងនាមមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់
សូមបំពេញទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតអ្នកតំណាងដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។**

សិទ្ធិរបស់អ្នកនៅអំឡុងដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខត្រូវបានផ្តល់ជូនជាមួយ NOA ឬ GFBL របស់អ្នក
និងអាចឃើញមាននៅទីនេះ៖ <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលបរិច្ឆេទ និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328,
ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព

តើទម្រង់បែបបទនេះប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណងអ្វីដែរ?

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីអ្នក (អ្នកដែលកំពុងស្វែងរកសេវាកម្ម ឬទទួលសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់)។
ទម្រង់បែបបទនេះក៏អាចប្រើដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ទម្រង់បែបបទនេះ
ខុសពីអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិដែលត្រូវបានតែងតាំងដោយក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្តីពីពិការភាពខ្លួនក្បាល (SCDD) ឬតុលាការ។

ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន អ្នកមើលថែ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់នៃអ្នកដែលស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់មិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ពួកគេនោះទេ។ ពួកគេមាន សិទ្ធិផ្តល់ច្បាប់រួចស្រេចហើយ។ ក៏ប៉ុន្តែ ពួកគេអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ
ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នក នៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម។ ភស្តុតាងអំពីទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដែលកំពុងស្វែងរក ឬទទួលសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អាចប្រគល់ជូននៅពេលក្រោយ។

ប្រភេទផ្សេងៗនៃបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ និងបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្មមាន៖

- **ពាក្យបណ្តឹងដំបូង** - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចលើសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាន ឬជឿជាក់ថាសិទ្ធិនេះត្រូវបានរំលោភបំពានចំពោះកុមារតាំងពីកំណើត រហូតដល់អាយុ 3 ឆ្នាំ។
- **បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្មតាមច្បាប់ Lanterman** - នៅពេលដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman ដែលបានស្នើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។
- **4731 (បណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់)** - នៅពេលដែលអ្នកជឿជាក់ថា សិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវបានរំលោភបំពាន ដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវា។ បណ្តឹងទាំងនេះមិនមែននិយាយអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបាននោះទេ។

កន្លែងដែលត្រូវទទួលជំនួយ

- អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
- អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
 - (800) 390-7032 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងជើង ឬ
 - (866) 833-6712 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូង ឬ
 - [ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនប្រចាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងនេះ។](#)
- ការិយាល័យ Ombudsperson តាមលេខ (877) 658-9731 ឬតាម ombudsperson@dds.ca.gov ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម [តាមអនឡាញនៅក្នុងនេះ។](#)
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីស្វ័យសម្រេច សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ឬស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែម [តាមអនឡាញនៅក្នុងនេះ។](#)
- ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្តីពីពិការភាពខ្លួនក្បាល (SCDD)។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ SCDD ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ចូរជ្រើសរើស “ការិយាល័យតំបន់ (Regional Offices)” នៅផ្នែកខាងលើនៃគេហទំព័រនេះ៖ www.scdd.ca.gov ហើយបន្ទាប់មកជ្រើសរើសតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅ SCDD តាមរយៈលេខ (833) 818-9886 បានដែរ។
- សិទ្ធិពិការភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DRC) តាមលេខ៖
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 សម្រាប់ការហៅ TTY
 - អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់ទទួលយកតាមអនឡាញរបស់ [DRC](#) បានផងដែរ។
- អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរតាម៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
- មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្តាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ្វ័រញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព

ព័ត៌មានអំពីអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖

*នាមត្រកូល៖	*នាមខ្លួន៖	*ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	ស្លាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI)

***មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

តើអ្នកចង់បានការគាំពារដើម្បីអ្វីដែរ? (អ្នកអាចជ្រើសរើសជម្រើសលើសពីមួយ)

☐ ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ (4731)	☐ បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីសេវាកម្ម ឬសិទ្ធិទទួលបានតាមច្បាប់ Lanterman
☐ ពាក្យបណ្តឹងដំបូង	☐ ផ្សេងៗ៖

ព័ត៌មានរបស់អ្នកគាំពារ៖

*នាមត្រកូល៖	*នាមខ្លួន៖
---	--

***ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

☐ ឪពុកម្តាយរបស់កុមារពេញវ័យ	☐ អ្នកគាំពារផ្លូវច្បាប់	☐ ផ្សេងៗ៖
☐ សមាជិកគ្រួសារ	☐ មេធាវី	
☐ មិត្តភក្តិ	☐ អាណាព្យាបាល	

***អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖**

***លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ៖**

***ក្រុង៖**

***កូដតំបន់៖**

***លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖**

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖

ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖

☐ ទូរសព្ទចល័ត ☐ ផ្ទះ ☐ កន្លែងការងារ

ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(អាចគិតថ្លៃលើការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ផ្នែកហត្ថលេខា៖

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ

ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកគាំពារដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន និង/ឬធ្វើជាអ្នកគាំពារឱ្យអ្នកដែលទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្ម ដូចដែលបានកំណត់ខាងលើ។

***ហត្ថលេខា៖**

***ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖**

***កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖**

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះក្នុងនាមអ្នកដទៃ តើអ្នកមានទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិដូចម្តេចជាមួយនឹងអ្នកទទួល ឬស្វែងរកសេវាកម្មពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖

☐ ឪពុកម្តាយរបស់កុមារអនីតិជន
☐ អ្នកមើលថែ
☐ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
☐ អ្នកគាំពារពេញសិទ្ធិ (*ដែលបានតែងតាំងដោយស្ថាប័នគ្រប់គ្រងដូចជា SCDD ឬតុលាការ)

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលបរិច្ឆេទ និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព