**[نام مرکز منطقه ای]**

توافقنامه و فرم امضای طرح برنامه فردی

نام قانونی: برای وارد کردن نام اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید برای وارد کردن نام خانوادگی اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید

شماره UCI: برای وارد کردن شماره UCI اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید

تاریخ تولد: ….

بودجه فدرال؟  بله  نه اگر بله، چه نوع: برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.

تاریخ وقوع این بررسی: ….

تاریخ بررسی بعدی: ….

جلسه از راه دور؟  بله  نه

من می خواهم یک نسخه از طرح را به زبان دلخواه خود دریافت کنم: برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.

نوع طرح: برای انتخاب نوع طرح اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید

یا  اصلاحیه: برای انتخاب دلیل اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید

من/ما در توسعه یا تمدید طرح برنامه فردی خود (IPP) شرکت کردیم. خدمات و پشتیبانی هایی که بر روی آنها توافق شده است و در IPP گنجانده شده یا نسبت به برنامه قبلی من تغییر خواهد کرد عبارتند از:

# نتیجه مطلوب: برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.

## مرکز منطقه ای تامین مالی شده است

**مجوز**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **خدمات/پشتیبانی:** | **پشتیبانی شده توسط:** | **تاریخ شروع:** | **تاریخ پایان:** | **چقدر:** | **هر چند وقت یکبار** |
| برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.  ارائه دهنده مشخص می شود | …. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.  ارائه دهنده مشخص می شود | …. | برای وارد کردن متن اینجارا کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.  ارائه دهنده مشخص می شود | …. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |

## تامین شده توسط منابع دیگر

**مجوز**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **خدمات/پشتیبانی:** | **پشتیبانی شده توسط:** | **تاریخ شروع:** | **تاریخ پایان:** | **چقدر:** | **هر چند وقت یکبار** |
| برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.  ارائه دهنده مشخص می شود | …. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |
| برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.  ارائه دهنده مشخص می شود | …. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. |

*توجه: تاریخ شروع تقریبی خدمات* ***موجود*** *، تاریخ IPP خواهد بود، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد.* سرویس‌های ***جدید*** *برای شروع و تکمیل ارجاع‌ها به زمان نیاز دارند و ممکن است شروع مدت بیشتری طول بکشد.*

توافقنامه خدمات

لطفا یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید.

توافقنامه کلیه خدمات : من با خدمات ذکر شده در بالا موافقم و به [نام مرکز منطقه ای] اجازه می دهم خدمات مورد توافق برای اجرای IPP من را خریداری کند.

اختلاف نظر یا انکار در مورد خدمات ذیل:

تیم با سرویس(های) زیر موافقت نکرد: [انتخاب سرویس(ها)]

### درخواست های اضافی:

برای خدماتی که در انتظارتصمیگیری هستند ، تیم یک جلسه IPP برگزار میکند ... برای بررسی مواردی که در جلسه امروز روی آنها توافق نشده است، ظرف 15 روز یا بعداً در صورت موافقت من برگزار می شود. اگر نگرانی‌هایم در مورد خدمات و پشتیبانی‌ها قبل از پایان دوره 15 روزه برطرف شود، می‌توانم جلسه دوم را لغو کنم.

من درخواست یک اعلامیه اقدام (NOA) برای تجدیدنظر در خدماتی که قبلا رد شده‌اند را دارم که می‌خواهم به زبان دلخواه من ارائه شود:

برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.

من می خواهم یک کپی از NOA را از این طریق دریافت کنم:   
 ایمیل  نامه تایید شده  فکس

آیا در مورد الزامات تنظیمات استثنا وجود دارد؟  بله  نه

من با استثناهای قانون تنظیمات انجمن که در زیر توضیح داده شده است موافق هستم:]انتخاب ناحیه زندگی[

تایید دریافت:

بیانیه تمام خدمات و پشتیبانی مرکز منطقه ای که در طول سال گذشته برای من خریداری شده است، به من ارائه شده است.

من درباره هر نیازی که در حال حاضر یا در آینده دارم با هماهنگ کننده خدمات خود بحث کرده و اطلاعاتی را به اشتراک گذاشته ام.

[نام مرکز منطقه ای] در صورت لزوم، با تغییر نتایج یا نیازهای مورد نظر من، جلسات IPP را برگزار خواهد کرد. اگر در معافیت Medicaid ثبت نام کرده باشم، ممکن است یک بار در سال یا اگر ثبت نام نکرده باشم، هر سه سال یک بار این اتفاق می افتد. هماهنگ کننده خدمات من مسئول نظارت بر این طرح خواهد بود. می‌دانم که می‌توانم در هر زمانی با تیم برنامه‌ریزی خود تماس بگیرم و با هماهنگ‌کننده خدماتم تماس بگیرم.

من می خواهم یک کپی از IPP دریافت کنم به صورت:   
 الکترونیکی  نسخه چاپی در پست

اطلاعات زیر مورد بحث قرار گرفت:

### خود جهت دهی:

Self-Direction (خود جهت دهی) راهی است که شما می توانید انتخاب بیشتری نسبت به خدمات و پشتیبانی خود داشته باشید، چه کسی آنها را ارائه می دهد و چگونه ارائه می شود. برنامه ریزی با هماهنگ کننده خدمات شما از طریق یک فرآیند برنامه ریزی شخص محور انجام می شود، بنابراین اگر می خواهید درباره خود هدایتی بیشتر بدانید با هماهنگ کننده خدمات خود صحبت کنید. شما می‌توانید خدمات و پشتیبانی‌هایی را دریافت کنید که به دو روش خود هدایت می‌شوند:

* برنامه خود مختاری: به شما کنترل بیشتری در ایجاد برنامه های خدماتی و انتخاب ارائه دهندگان خدمات برای برآورده کردن بهتر نیازهای شما می دهد. شما با تیم برنامه ریزی خود برای تهیه یک برنامه بودجه و هزینه برای خرید خدمات، پشتیبانی و کالاها از ارائه دهندگان خدمات، افراد یا مشاغل واجد شرایط کار می کنید.
* خدمات هدایت شده توسط شرکت کنندگان: به شما این امکان را می دهد که چه کسی را استخدام کنید، چه زمانی برنامه ریزی کنید و چگونه بر کار برای برخی از انواع خدمات و پشتیبانی نظارت کنید. خدمات و پشتیبانی ها می توانند توسط کسانی که در خانه خود، خانه خانوادگی خود و برخی از خانه های زندگی اجتماعی زندگی می کنند، استفاده کنند.

### فرآیند تجدید نظر

درخواست تجدید نظر راهی برای حل اختلاف با مرکز منطقه ای شماست. اگر شما و مرکز منطقه موافق نیستید، حق دارید نسبت به تصمیم مرکز منطقه اعتراض کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وب سایت [Regional Center Name] یا وب سایتDDSدیدن کنید: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>

### 4731 شکایت:

اگر خدماتی را از مرکز منطقه ای دریافت می کنید، شما یا شخصی مانند والدین، قیم قانونی، محافظ یا نماینده مجاز، اگر فکر می کنید حقوق شما به اشتباه یا ناعادلانه توسط یک مرکز منطقه ای، مرکز توسعه یا یک ارائه دهنده خدمات رد شده است، می توانید شکایت کنید. . برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب سایت [نام مرکز منطقه ای] مراجعه کنید: برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. یا وب سایت DDS: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/>.

### خط مشی افشاگر:

در صورت مشاهده یا تجربه یک فعالیت غیرقانونی یا نامناسب، باید آن را به DDS گزارش دهید. به این شکایت Whistleblower (افشاگر) می گویند. دو نوع شکایت از افشاگران وجود دارد:

* فعالیت غیرقانونی یا نامناسب مرکز منطقه ای : هنگامی که یک مرکز منطقه ای، کارمند، افسر یا عضو هیئت مدیره یک مرکز منطقه ای که در حال انجام کسب و کار در مرکز منطقه ای است، کار اشتباهی انجام می دهد. برخی از نمونه ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:
  + نقض قوانین ایالتی یا فدرال
  + عدم پیروی از توافق نامه قانونی بین یک مرکز منطقه ای و شخص یا کسب و کار دیگر
  + دروغ گفتن یا فریب دادن کسی تا بتواند پول دربیاورد یا پاداش دیگری بگیرد
  + استفاده از اموال دولتی به روش نادرست یا برای چیزی غیرقانونی
  + انجام کاری عمدی که خلاف قانون است، نادیده گرفتن قانون، دروغ گفتن در مورد داشتن مهارت های مناسب برای کارشان یا نمی توانند کار خود را انجام دهند.
* فعالیت غیرقانونی یا نامناسب ارائه دهنده خدمات یا پیمانکار : هنگامی که یک ارائه دهنده خدمات یا پیمانکار (مانند شخص یا شرکتی که برای ارائه خدمات یا انجام یک کار استخدام شده است)، هنگام ارائه خدماتی که هزینه آن توسط DDS پرداخت می شود، کار اشتباهی انجام می دهد. آن شخص می تواند یک کارمند، افسر یا عضو هیئت مدیره یک ارائه دهنده خدمات یا پیمانکار باشد. برخی از نمونه ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:
  + نقض قوانین ایالتی یا فدرال
  + عدم پیروی از توافق نامه قانونی بین یک مرکز منطقه ای و شخص یا کسب و کار دیگر
  + دروغ گفتن یا فریب دادن کسی تا بتواند پول دربیاورد یا پاداش دیگری بگیرد
  + استفاده از اموال دولتی به روش نادرست یا برای چیزی غیرقانونی
  + انجام کاری عمدی که خلاف قانون است، نادیده گرفتن قانون، دروغ گفتن در مورد داشتن مهارت های مناسب برای کارشان یا نمی توانند کار خود را انجام دهند.

هنگامی که هرگونه فعالیت غیرقانونی یا نامناسب را گزارش می کنید، DDS به شما گوش می دهد. اگر علیه مرکز منطقه ای یا ارائه دهنده خدمات یا پیمانکار شکایت کنید از شما محافظت می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب سایت [نام مرکز منطقه ای] مراجعه کنید:برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. یا وب سایت DDS: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>.

### اول اشتغال (Employment First):

در سال 2013، کالیفرنیا دوازدهمین ایالتی شد که اولین سیاست اشتغال را به قانون تبدیل کرد. این قانون بیان می‌کند که مهم است که همه افراد دارای معلولیت رشدی بدون در نظر گرفتن معلولیت‌هایشان، فرصتی برای کار با حقوق، مزایا و مکان‌های مشابه با سایر افراد داشته باشند. اگر می خواهید شغلی پیدا کنید یا می خواهید درباره کار کردن بیشتر بدانید، با هماهنگ کننده خدمات خود صحبت کنید.

### قانون ملی ثبت نام رای دهندگان:

در سال 1933، کنگره رأی دادن را برای شما آسانتر کرد. اگر می خواهید رای دهید، می توانید در مرکز منطقه ثبت نام کنید.

### طرح دسترسی حمل و نقل:

برای کمک به استقلال بیشتر، سفر به مکان‌هایی که می‌خواهید و بخشی از جامعه خود باشید، می‌توانید یک طرح دسترسی به حمل و نقل داشته باشید. این طرح دارای خدمات و پشتیبانی هایی است که شما برای مواردی مانند نحوه رفت و آمد به ایستگاه اتوبوس یا ایستگاه راه آهن سبک(درون شهری)، نحوه رسیدن به جایی که می خواهید بروید و نحوه استفاده از تجهیزات یا وسایل کمک حرکتی در سیستم حمل و نقل عمومی نیاز دارید.

### طرح جانشینی مراقب:

اگر در خانه خانوادگی خود زندگی می کنید، شما و تیم برنامه ریزی تان باید در مورد اینکه آیا به برنامه ای نیاز دارید که در آینده از شما مراقبت خواهد کرد یا خیر صحبت کنید. شما باید قبل از 22 سالگی در مورد آن صحبت کنید. به این طرح جانشینی مراقب می گویند. اگر شما و تیم برنامه ریزی تان تصمیم بگیرید که به این طرح نیاز دارید، هر سال در مورد آن صحبت خواهید کرد.

نکات تکمیلی:

برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید.

امضای شرکت کنندگان تیم برنامه ریزی IPP:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **امضا:** | **نام شرکت کننده (چاپی):** | **نسبت با [نام]:** | **تاریخ:** |
|  | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | …. |
|  | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | …. |
|  | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | …. |
|  | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | برای وارد کردن متن اینجا را کلیک کنید یا ضربه بزنید. | …. |

نظرسنجی IPP:

دپارتمان خدمات توسعه (DDS) می خواهد از سوی شما در مورد جلسه IPP شما بداند. پاسخ های شما فقط توسط DDS خوانده می شود. ما نام شما را نمی‌پرسیم تا بتوانید پاسخ‌های خود را باز و مستقیم کنید. ما می توانیم یک نسخه کاغذی را از طریق پست برای شما ارسال کنیم. می توانید با شماره 833-421-0061 تماس بگیرید و گزینه 1 را فشار دهید. همچنین می توانید به آدرس [IPPsurvey@dds.ca.gov](mailto:IPPsurvey@dds.ca.gov) به ما ایمیل بزنید. این انتخاب شماست که در این نظرسنجی شرکت کنید.

این کد QR را برای شرکت در نظرسنجی اسکن کنید:

[کد QR

](https://www.surveymonkey.com/r/KWVMTQ9)

نحوه استفاده از کد QR و شرکت در نظرسنجی:

1. برنامه دوربین را در تلفن همراه یا تبلت خود باز کنید.
2. دوربین خود را روی کد QR مربعی نگه دارید. مطمئن شوید که می توانید کد QR را روی صفحه نمایش ببینید.
3. پیوندی به نظرسنجی روی صفحه نمایش شما ظاهر می شود. برای باز کردن نظرسنجی روی پیوند ضربه بزنید.
4. پاسخی را انتخاب کنید که با آنچه در جلسه IPP شما اتفاق افتاد مطابقت دارد.
5. وقتی کارتان تمام شد، دکمه «انجام شد» را فشار دهید.