**【区域中心名称】**

个人方案计划协议及签名表

法定名称： 单击或点击此处输入名字 单击或点击此处输入姓氏

UCI 编号： 单击或点击此处输入 UCI 编号

出生日期： ....

联邦资金？[ ]  [ ]  没有 如果有，是什么类型：单击或点击此处输入文字。

本审查发生日期： ....

下次审核日期： ....

远程会议？ [ ]  是 [ ]  否

我希望收到以我的首选语言编写的计划副本：单击或点击此处输入文字。

计划类型： 单击或点击此处选择计划类型

或 [ ]  修正：单击或点击此处选择原因

我/我们参与了我的个人**方案**计划（IPP）的制定或更新。已商定并将包含在 IPP 中或将从我先前的计划中更改的服务和支持是：

# 期望结果：单击或点击此处输入文字。

## 区域中心资助

**授权**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务/支持：** | **支持机构：** | **开始日期：** | **结束日期：** | **多少：** | **多常** |
| 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。[ ]  提供者待定 | …. | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 |
| 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。[ ]  提供者待定 | …. | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 |
| 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。[ ]  提供者待定 | …. | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 |

## 其他来源资助

**授权**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务/支持：** | **支持机构：** | **开始日期：** | **结束日期：** | **多少：** | **多常** |
| 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。[ ]  提供者待定 | …. | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 |
| 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。[ ]  提供者待定 | …. | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 |

*注意：除非另有说明，****现有****服务的大致开始日期将是 IPP 的日期。****新****服务需要时间来启动和完成转介，并且可能需要更长时间才能开始。*

服务协议

请选择以下选项之一。

[ ]  同意所有服务：我同意以上所列的服务，并授权 [区域中心名称] 购买商定的服务以实施我的 IPP。

[ ]  对以下服务的不同意或否认：团队不同意以下服务：[选择服务]

### 附加要求：

[ ]  对于尚未做出决定的服务，团队将在...举行IPP 会议 。该会议将在 15 天内（如果我同意的话，可以更晚）举行，以审查今天会议上未达成一致的事项。如果我对服务和支持的疑虑在 15 天期限结束之前得到满意的解决，我可以取消第二次会议。

[ ]  我请求一份行动通知 (NOA)来对被拒绝的服务提出上诉，并希望以我喜欢的语言提供：单击或点击此处输入文字。

我希望通过以下方式收到一份 NOA 副本：
[ ]  电子邮件 [ ]  挂号信 [ ]  传真

设置要求是否有例外？ [ ]  是 [ ]  否

[ ]  我同意以下描述的社区设置规则的例外：[选择生活区域]

承认：

[ ]  我已收到区域中心去年为我购买的所有服务和支持的声明。

[ ]  我已经与我的服务协调员讨论并分享了有关我现在或将来的任何需求的信息。

[ ]  当我的预期结果或需求发生变化时，[区域中心名称] 将根据需要召开 IPP 会议。如果我参加了医疗补助豁免，这可能每年发生一次；如果我没有参加，这可能每三年至少发生一次。我的服务协调员将负责监督此计划。我知道我可以随时通过联系我的服务协调员来召集我的策划团队。

我希望收到 IPP 副本：
[ ]  电子版 [ ]  邮寄打印件

讨论了以下信息：

### [ ]  自我指导：

自我指导是一种让您对服务和支持、提供者和提供方式有更多选择的方式。规划是通过以人为本的规划流程与您的服务协调员一起进行的，因此如果您想了解有关自我指导的更多信息，请与您的服务协调员交谈。您可以通过两种不同的方式获得自主指导的服务和支持：

* 自决计划：让您更好地控制创建服务计划和选择服务提供商，以更好地满足您的需求。您与您的规划团队一起制定预算和支出计划，从合格的服务提供者、个人或企业购买服务、支持和商品。
* 参与者指导服务：让您选择雇用谁、何时安排以及如何监督某些类型的服务和支持的工作。居住在自家、家人住所和一些社区住宅中的人们都可以使用这些服务和支持。

### [ ]  申诉流程

上诉是解决与地区中心分歧的一种方法。如果您和地区中心意见不一致，您有权对地区中心的决定提出上诉。如需了解更多信息，请访问[Regional Center Name]网站或 DDS 网站： <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>

### [ ]  4731 投诉：

如果您接受区域中心的服务，如果您认为区域中心、发展中心或服务提供者错误或不公平地剥夺了您的权利，您或父母、法定监护人、保护人或授权代表等人可以提出投诉。要了解更多信息，请访问 [区域中心名称] 的网站：单击或点击此处输入文字。 或访问 DDS 网站： [https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-
rights-complaint/](https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/) 。

### [ ]  举报政策：

如果您发现或遇到非法或不当活动，您应该向 DDS 举报。这被称为举报人投诉。举报投诉有两种类型：

* 区域中心的非法或不当活动：当区域中心，或区域中心员工，官员，或区域中心董事会成员在开展区域中心业务时犯了错误时。一些例子可能是：
	+ 违反州或联邦法律
	+ 不遵守区域中心与其他个人或企业之间的法律协议
	+ 撒谎或欺骗某人以便他们赚钱或获得其他报酬
	+ 以错误的方式或非法的方式使用政府财产
	+ 故意做违法的事情、无视法律、谎称自己不具备工作所需的技能或无法胜任工作
* 服务提供者或承包商非法或不当活动：当服务提供者或承包商（如受雇提供服务或完成工作的个人或公司）在提供由 DDS 支付的服务时做错事。该人可以是服务提供者或承包商的雇员、官员或董事会成员。一些例子可能是：
	+ 违反州或联邦法律
	+ 不遵守区域中心与其他个人或企业之间的法律协议
	+ 撒谎或欺骗某人以便他们赚钱或获得其他报酬
	+ 以错误的方式或非法的方式使用政府财产
	+ 故意做违法的事情、无视法律、谎称自己不具备工作所需的技能或无法胜任工作

当您举报任何非法或不当活动时，DDS 将听取您的意见。如果您对区域中心或服务提供者或承包商提出投诉，您将受到保护。要了解更多信息，请访问 [区域中心名称] 的网站：单击或点击此处输入文字。 或访问 DDS 网站： <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>。

### [ ]  就业第一：

2013年，加州成为第12个将就业优先政策制定成法律的州。法律规定，重要的是每个患有发育障碍的人都应有机会与其他人一样获得相同的薪酬、福利和工作机会，无论他们是否患有残疾。如果您想找工作或想了解更多有关工作的信息，请与您的服务协调员交谈。

### [ ]  全国选民登记法：

1933 年，国会让你的投票变得更加容易。如果您想投票，您可以向地区中心登记。

### [ ]  交通可及性规划：

为了帮助您更加独立、前往您想去的地方并成为社区的一部分，您可以制定交通通行计划。该计划将为您提供所需的服务和支持，例如如何往返公交车站或轻轨站、如何到达您想去的地方以及如何使用公共交通系统上的任何设备或移动辅助设备。

### [ ]  护理人员继任计划：

如果您住在家里，您和您的规划团队应该讨论是否需要制定一个计划来确定将来谁来照顾您。您应该在 22 岁之前谈论这个问题。这被称为“护理人员继任计划”。如果您和您的规划团队决定需要此计划，那么您每年都会讨论它。

补充说明：

单击或点击此处输入文字。

IPP 规划团队参与者签名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **签名：** | **参加者姓名（正楷）：** | **与[姓名]的关系：** | **日期：** |
|  | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | …. |
|  | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | …. |
|  | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | …. |
|  | 单击或点击此处输入文字。 | 单击或点击此处输入文字。 | …. |

IPP 调查：

发展服务部 (DDS) 希望听取您有关 IPP 会议的意见。您的答案仅可供 DDS 阅读。我们不会询问您的姓名，以便您可以公开、直接地回答问题。我们可以通过邮件向您发送纸质副本。您可以拨打 833-421-0061 并按选项 1 联系我们。您也可以发送电子邮件至 [IPPsurvey@dds.ca.gov](file:///C%3A%5CUsers%5CSilvia%5CDesktop%5C12877%20CDSS%20word%5Cb%29%20Translations%20and%20Edits%5C1%20Translations%5CChinese-Simplified%5C%E7%94%B5%E5%AD%90%E9%82%AE%E7%AE%B1%EF%BC%9AIPPsurvey%40dds.ca.gov) 联系我们。参加本次调查是您的选择。

扫描此二维码参与调查：

﻿

﻿



如何使用二维码并参与调查：

1. 打开手机或平板电脑上的相机应用程序。
2. 将相机放在方形二维码上方。确保您可以在屏幕上看到二维码。
3. 您的屏幕上将会弹出调查链接。点击链接即可打开调查。
4. 选择与 IPP 会议期间发生的事情最相符的答案。
5. 完成后按“Done”按钮。