

请求保护服务办公室提供调查报告

请求者信息		
姓名	地址	电话号码
公司/代理机构名称 (如适用)	电子邮件	传真号码

要求提交调查报告		
涉及人员姓名 明确指出客户或员工	事件发生日期	OPS 报告编号
事件地点	有助于识别此案的其他具体信息	

请求者的权限	
请求者的权限 请选择一个方框，并包含分节。 不接受未勾选的方框和空白答复。	请求者的目的 请详细说明您打算使用该记录的用途。注释：GC 6254 (f) 请求无需
☐ WIC 4903(a) () ☐ WIC 4514() ☐ GC ____ ()	

转发请求至：

Department of Developmental Services
Office of Protective Services
1215 O Street Room 650, MS 6-30
Sacramento, CA 95814
Office: (916) 654-3338
电子邮件: HQOPS@dds.ca.gov
抄送: Jessica.Ross@dds.ca.gov

您是否担任以下职务之一：

☐ 是的

☐ 不是

法定监护人

☐ 是的

☐ 否

保护人

如果是，请附上信件或法院命令的副本。

请求者签名：_____

Received by: _____

(收讫人): _____

Print Name and Title

日期：_____

Date: _____