

要求保護服務辦公室提供調查報告

請求者資訊		
姓名	地址	電話號碼
公司/機構名稱 (如果適用)	電子郵件	傳真號碼

要求提供調查報告		
涉及人員姓名 明確指出客戶或員工	事件發生日期	OPS 報告編號
事發地點	有助於識別此案例的其他具體資訊	

請求者的權限	
請求者的權限 請選擇一個框，並包含小節。 不接受未勾選框和空白回覆。	請求者的目的 請詳細說明您的預期用途以供記錄。注釋：GC 6254 (f) 請求不需要
☐ WIC 4903(a) () ☐ WIC 4514() ☐ GC ____ ()	

將請求轉送至：

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

您是否屬於以下人員之一：

☐ 是的

☐ 不是

法定監護人

☐ 是的

☐ 不是

保護人

如果是，請附上信件或法院命令的副本。

請求者簽名：

Received by:
(收到人)：

Print Name and Title

日期：

Date: