

YÊU CẦU BÁO CÁO ĐIỀU TRA CỦA VĂN PHÒNG DỊCH VỤ BẢO VỆ

THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU		
Tên	Địa Chỉ	Số Điện Thoại
Tên Công Ty/Cơ Quan (nếu có)	Email	Số Fax

YÊU CẦU BÁO CÁO ĐIỀU TRA		
Tên (Những) Người Liên Quan <i>Chỉ định khách hàng hoặc nhân viên</i>	Ngày Xảy Ra Sự Cố	Số Báo Cáo OPS
Địa Điểm Xảy Ra Sự Cố	Thông Tin Cụ Thể Khác mà sẽ giúp xác định trường hợp này	

QUYỀN HẠN CỦA NGƯỜI YÊU CẦU	
Quyền Hạn của Người Yêu Cầu <i>Chọn một ô và bao gồm phần đoạn. Các ô không được chọn và câu trả lời để trống sẽ không được chấp nhận.</i>	Mục Đích của Người Yêu Cầu <i>Nếu chi tiết mục đích sử dụng của hồ sơ. Ghi chú: Không bắt buộc đối với yêu cầu GC 6254 (f)</i>
☐ WIC 4903(a) () ☐ WIC 4514 () ☐ GC ()	

Chuyển tiếp yêu cầu tới: Department of Developmental Services
Office of Protective Services
1215 O Street Room 650, MS 6-30
Sacramento, CA 95814
Office: (916) 654-3338
Email: HQOPS@dds.ca.gov
đồng gửi tới: Jessica.Ross@dds.ca.gov

Quý vị có đóng vai trò nào trong những vai trò sau đây không:

☐ CÓ	☐ KHÔNG	Người Giám Hộ
☐ CÓ	☐ KHÔNG	Hợp Pháp
☐ CÓ	☐ KHÔNG	Người bảo hộ

Nếu có, hãy đính kèm bản sao thư hoặc lệnh của tòa án.

Chữ Ký của Người Yêu Cầu: _____

Received by: _____

(Người Nhận): _____

Print Name and Title

Ngày: _____

Date: _____