**[اسم المركز الإقليمي]**

نموذج موافقة وتوقيع على خطة برنامج فردي

الاسم القانوني: انقر أو اضغط هنا لإدخال الاسم الأول انقر أو اضغط هنا لإدخال اسم العائلة

رقم UCI: انقر أو انقر هنا لإدخال رقم UCI

تاريخ الميلاد: ….

تمويل فدرالي؟ [ ]  نعم [ ]  لا إذا كانت الإجابة نعم، ما هو النوع: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.

تاريخ إجراء هذه المراجعة: ….

موعد المراجعة القادمة: ….

اجتماع عن بُعد؟ [ ]  نعم [ ]  لا

أرغب في الحصول على نسخة من الخطة باللغة المفضلة لدي: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.

نوع الخطة: انقر أو اضغط هنا لتحديد نوع الخطة

أو [ ]  تعديل: انقر أو اضغط هنا لتحديد سبب

لقد شاركت/شاركنا في إعداد أو تجديد خطة البرنامج الفردي (IPP) الخاص بي. الخدمات وسُبل الدعم التي تم الاتفاق عليها والتي سيتم تضمينها في خطة IPP أو ستتم تغييرها في خطتي السابقة هي:

# النتيجة المرغوبة: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.

## ممولة من المركز الإقليمي

**التخويل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الخدمة/الدعم:** | **مقدم الدعم:** | **تاريخ البدء:** | **تاريخ الانتهاء:** | **المقدار:** | **عدد التكرار:** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.[ ]  سيتم تحديد مقدم الخدمة لاحقًا | …. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.[ ]  سيتم تحديد مقدم الخدمة لاحقًا | …. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.[ ]  سيتم تحديد مقدم الخدمة لاحقًا | …. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |

## ممول من مصادر أخرى

**التخويل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الخدمة/الدعم:** | **مقدم الدعم:** | **تاريخ البدء:** | **تاريخ الانتهاء:** | **المقدار:** | **عدد التكرار:** |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.[ ]  سيتم تحديد مقدم الخدمة لاحقًا | …. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |
| انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.[ ]  سيتم تحديد مقدم الخدمة لاحقًا | …. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. |

*ملاحظة: سيكون تاريخ البدء التقريبي للخدمات* ***الحالية*** *هو تاريخ خطة IPP، ما لم تتم الإشارة إلى خلاف ذلك.* ستتطلب الخدمات ***الجديدة*** *بعض الوقت لبدء واستكمال الإحالات وقد تستغرق وقتًا أطول للبدء.*

موافقة على الخدمات

يرجى اختيار أحد الخيارات أدناه.

[ ]  موافقة على كافة الخدمات: أوافق على الخدمات المذكورة أعلاه، وأسمح لمركز [اسم المركز الإقليمي] بشراء الخدمات المتفق عليها لتنفيذ خطة IPP الخاصة بي.

[ ]  عدم الموافقة أو الرفض على الخدمات التالية: لم يتفق الفريق على الخدمة/الخدمات التالية: [اختر الخدمة (الخدمات)]

### طلبات إضافية:

[ ] بالنسبة لتلك الخدمات حيث القرار معلق، سيعقد الفريق اجتماع IPP في ..... سيتم عقد هذا الاجتماع خلال 15 يومًا، أو لاحقًا، إذا وافقتُ على ذلك، لمراجعة البنود التي لم يتم الاتفاق عليها في اجتماع اليوم. يجوز لي إلغاء هذا الاجتماع الثاني إذا تم حل مخاوفي المتعلقة بالخدمات وسُبل الدعم بشكل مرضي قبل نهاية فترة الـ 15 يومًا.

[ ]  أطلب إشعارًا بالإجراء (NOA)للاستئناف على الخدمات التي تم رفضها وأن يتم تقديمه باللغة المفضلة لدي: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.

أرغب في الحصول على نسخة من إشعار NOA عن طريق:
[ ]  البريد الإلكتروني [ ]  البريد المعتمد [ ]  الفاكس

هل هناك استثناءات لمتطلبات الإعدادات المناسبة؟ [ ]  نعم [ ]  لا

[ ]  أوافق على الاستثناءات الخاصة بقانون الإعدادات المناسبة في المجتمع الموضحة فيما يلي: [اختر أحد مجالات الحياة]

إقرار:

[ ]  لقد تم تزويدي بكشف تظهر فيه جميع الخدمات وسبل الدعم التي اشتراها لي المركز الإقليمي خلال العام الماضي.

[ ]  لقد ناقشت وتبادلت المعلومات حول أي احتياجات لدي الآن أو في المستقبل مع منسق الخدمة الخاص بي.

[ ]  سيعقد [اسم المركز الإقليمي] اجتماعات خطة IPP، حسب الضرورة، مع تغير النتائج أو الاحتياجات المرغوبة. قد يحدث هذا مرة واحدة في السنة إذا كنت مسجلاً في إعفاء Medicaid، أو في فترة لا تقل عن مرة كل ثلاث سنوات إذا لم أكن مسجلاً. سيكون منسق الخدمة الخاص بي مسؤولاً عن متابعة هذه الخطة. أدرك أنه بإمكاني استدعاء فريق التخطيط الخاص بي في أي وقت عن طريق الاتصال بمنسق الخدمة الخاص بي.

أرغب في الحصول على نسخة من خطة IPP:
[ ]  إلكترونيًا [ ]  نسخة مطبوعة عبر البريد

تمت مناقشة المعلومات التالية:

### [ ]  التوجيه الذاتي:

التوجيه الذاتي هو وسيلة تتيح لك الحصول على خيارات أكثر من الخدمات والدعم، ومن الجهات التي تقدمها، وكيفية تقديمها. تتم عملية التخطيط مع منسق الخدمة الخاص بك من خلال عملية التخطيط المرتكز على الشخص، لذلك، تحدّث إلى منسق الخدمة الخاص بك إذا كنت تريد معرفة المزيد عن التوجيه الذاتي. يمكنك الحصول على الخدمات وسُبل الدعم الموجهة ذاتيًا بطريقتين مختلفتين:

* برنامج Self-Determination يمنحك المزيد من التحكم في إعداد خطط لخدماتك واختيار مقدمي الخدمة يعملون على تلبية احتياجاتك بشكل أفضل. ستعمل مع فريق التخطيط الخاص بك لإعداد ميزانية وخطة إنفاق لشراء الخدمات والدعم والسلع من مقدمي الخدمات أو الأفراد أو الأعمال التجارية المؤهلين.
* الخدمات الموجهة للمشاركين: تتيح لك الاختيار فيما يخص الجهة التي تستخدمها وتحديد الجدول الزمني، وكيفية الإشراف على العمل لبعض أنواع الخدمات والدعم. يمكن استخدام الخدمات والدعم من قِبل الأفراد الذين يعيشون في منازلهم وفي منزل عائلتهم وفي بعض دور الرعاية المجتمعية.

### [ ]  عملية تقديم الطعون

الطعن هو وسيلة لتسوية الخلاف مع مركزك الإقليمي. إذا لم تتفق أنت والمركز الإقليمي، فلديك الحق في الطعن على قرار المركز الإقليمي. لمعرفة المزيد، يرجى زيارة موقع [Regional Center Name] الإلكتروني أو موقع DDS الإلكتروني: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>

### [ ]  شكوى 4731:

إذا كنت تتلقى خدمات من المركز الإقليمي، فيمكنك أنت أو شخص مثل ولي الأمر أو الوصي القانوني أو القيّم أو الممثل
المفوض، تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن أحد المراكز الإقليمية أو المراكز النمائية أو مقدمي الخدمات قد أنكر حقوقك بشكل
خاطئ أو غير عادل. لمعرفة المزيد، يرجى زيارة موقع [اسم المركز الإقليمي] الإلكتروني: انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.
أو موقع DDS الالكتروني:
<https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/>.

### [ ]  سياسة الإبلاغ عن مخالفات:

إذا رأيت أو تعرّضت لنشاط غير قانوني أو غير لائق، ينبغي عليك الإبلاغ عنه إلى إدارة DDS. هذا ما يسمى بشكوى إبلاغ عن مخالفات. هناك نوعان من شكاوى الإبلاغ عن المخالفات:

* نشاط غير قانوني أو غير مناسب صادر عن المركز الإقليمي: عندما يقوم أحد المراكز الإقليمية أو أحد مسؤولي أو أعضاء مجلس إدارة المركز الإقليمي الذي يمارس أعمال المركز الإقليمي، بشيء خاطئ. بعض الأمثلة على ذلك:
	+ انتهاك لقانون ولاية أو قانون فدرالي
	+ عدم اتباع اتفاق قانوني بين مركز إقليمي وبين شخص أو شركة تجارية أخرى
	+ القيام بالكذب أو خداع شخص ما حتى يتمكن من كسب المال أو الحصول على مكافأة أخرى
	+ استخدام ممتلكات حكومية بطريقة خاطئة أو لتنفيذ شيء غير قانوني
	+ تعمّد القيام بشيء مخالف للقانون، أو تجاهل القانون، أو الكذب بشأن امتلاك المهارات المناسبة لعمله أو عدم القدرة على القيام بعمله
* نشاط غير قانوني أو غير مناسب صادر عن مقدم الخدمة أو المتعاقد: عندما يقوم مقدم الخدمة أو المتعاقد
(مثل شخص أو شركة يتم تكليفهم بتقديم خدمة أو عمل ما) بشيء خاطئ عند تقديم الخدمات المدفوعة من قبل
إدارة DDS. قد يكون هذا الشخص موظفًا أو مسؤولاً أو عضوًا في مجلس إدارة مقدم خدمة أو متعاقد. بعض
الأمثلة على ذلك:
	+ انتهاك لقانون ولاية أو قانون فدرالي
	+ عدم اتباع اتفاق قانوني بين مركز إقليمي وبين شخص أو شركة تجارية أخرى
	+ القيام بالكذب أو خداع شخص ما حتى يتمكن من كسب المال أو الحصول على مكافأة أخرى
	+ استخدام ممتلكات حكومية بطريقة خاطئة أو لتنفيذ شيء غير قانوني
	+ تعمّد القيام بشيء مخالف للقانون، أو تجاهل القانون، أو الكذب بشأن امتلاك المهارات المناسبة لعمله أو عدم القدرة على القيام بعمله

إدارة DDS ستستمع إليك عندما تبلّغ عن أي نشاط غير قانوني أو غير لائق. ستكون محميًا إذا قمت بتقديم شكوى ضد أحد المراكز الإقليمية أو مقدمي الخدمات أو المتعاقدين. لمعرفة المزيد، يرجى زيارة موقع [اسم المركز الإقليمي] الإلكتروني:انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. أو موقع DDS الالكتروني: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/>.

### [ ]  التوظيف أولاً:

في عام 2013، أصبحت كاليفورنيا الولاية 12 التي تجعل سياسة التوظيف أولاً قانونًا. ينص القانون على أنه من المهم أن يحظى كل شخص ذو إعاقة نمائية بفرصة العمل بنفس الأجر والمزايا والمواقع مثل الأشخاص الآخرين، بغض النظر عن إعاقته. إذا كنت ترغب في الحصول على وظيفة أو تريد معرفة المزيد عن العمل، فتحدث إلى منسق الخدمة الخاص بك.

### [ ]  قانون تسجيل الناخبين الوطني:

في عام 1993، سهّل الكونجرس عملية التصويت بالنسبة لك. إذا كنت ترغب في التصويت، يمكنك التسجيل في
المركز الإقليمي.

### [ ]  خطة إمكانية الوصول إلى وسائل النقل:

لمساعدتك على أن تكون أكثر استقلالية، والسفر إلى الأماكن التي تريدها وتكون جزءًا من مجتمعك، يمكنك الحصول على خطة إمكانية الوصول إلى وسائل النقل. ستتضمن هذه الخطة الخدمات وسُبل الدعم التي تحتاجها لأشياء مثل، كيفية الوصول من وإلى محطة الحافلات أو محطة القطار الخفيف، وكيفية الوصول إلى المكان الذي تريد الذهاب إليه وكيفية استخدام أي معدات أو أدوات مساعدة للنقل في نظام النقل العام.

### [ ]  خطة لتحديد مقدم الرعاية التالي:

إذا كنت تعيش في منزل عائلتك، سيتعين عليك أن تتحدث مع فريق التخطيط الخاص بك لمناقشة ما إذا كنت بحاجة إلى خطة بشأن الشخص الذي سيتولى رعايتك في المستقبل. ينبغي عليك التحدث عن هذا الأمر قبل أن تصبح في عمر 22 عامًا. يُطلق على هذا اسم خطة تحديد مقدم الرعاية التالي. إذا قررت أنت وفريق التخطيط الخاص بك أنك بحاجة إلى هذه الخطة، عليكم مناقشتها في كل عام.

ملاحظات إضافية:

انقر أو اضغط هنا لإدخال نص.

توقيع المشاركين في فريق التخطيط:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **التوقيع:** | **اسم المشارك (بحروف واضحة):** | **الصلة بـ [الاسم]:** | **التاريخ:** |
|  | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | …. |
|  | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | …. |
|  | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | …. |
|  | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | انقر أو اضغط هنا لإدخال نص. | …. |

استبيان خطة IPP:

تود إدارة الخدمات النمائية (DDS) أن تسمع منك حول اجتماع IPP الخاص بك. ستتم قراءة إجاباتك فقط من قِبل إدارة DDS. لن نطلب منك ذكر اسمك حتى تتمكن من أن تكون منفتحًا ومباشرًا بإجاباتك. يمكننا أن نرسل لك نسخة ورقية في البريد. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 833-421-0061 والضغط على الخيار 1. يمكنك أيضًا مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني على IPPsurvey@dds.ca.gov. مشاركتك في هذا الاستبيان أمر اختياري.

لإكمال الاستبيان، امسح رمز QR هذا:

﻿

﻿



كيفية استخدام رمز QR وإكمال الاستبيان:

1. افتح تطبيق الكاميرا على هاتفك النقال أو جهاز التابلت.
2. قم بتوجيه الكاميرا فوق رمز QR المربع. تأكد من أنك تستطيع رؤية صورة رمز QR على الشاشة.
3. سيظهر رابط الاستبيان على شاشتك. اضغط على الرابط لفتح الاستبيان.
4. اختر الإجابة التي تتطابق بشكل أفضل مع ما حدث أثناء اجتماع IPP الخاص بك.
5. اضغط على زر "Done" (تم الإنجاز) عند الانتهاء.