**[Տարածքային կենտրոնի անվանումը]**

ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ՊԼԱՆԻ պայմանագիր ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎաթուղթ

Օրինական անուն. սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ անունը մուտքագրելու համար, սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ ազգանունը մուտքագրելու համար

UCI համար. սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ UCI համարը մուտքագրելու համար

Ծննդյան ամսաթիվ՝ ….

Դաշնային ֆինանսավորո՞ւմ: Այո Ոչ Եթե այո, ապա ի՞նչ տեսակի. Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:

Այս վերանայման ամսաթիվը՝ ….

Հաջորդ վերանայման ամսաթիվը՝ ….

Հեռավար հանդիպու՞մ։  Այո  Ոչ

Ես ցանկանում եմ ստանալ ծրագրի պատճենը իմ նախընտրած լեզվով. Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:

Ծրագրի տեսակը. սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ ծրագրի տեսակն ընտրելու համար

ԿԱՄ Փոփոխություն. սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ պատճառ ընտրելու համար

Ես/մենք մասնակցել եմ/ենք իմ Անհատական ծրագրի պլանի (IPP) մշակմանը կամ թարմացմանը: Ծառայություններն ու աջակցությունները, որոնց համաձայնել ենք և որոնք կներառվեն IPP-ում կամ կփոխվեն իմ նախորդ պլանից, հետևյալն են.

# Ցանկալի արդյունք. Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:

## ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՎԱԾ Տարածքային ԿԵՆՏՐՈՆԻ ԿՈՂՄԻՑ

**Վավերացում**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ծառայություն/ Աջակցություն.** | **Աջակցություն հետևյալի կողմից.** | **Մեկնարկի ամսաթիվը.** | **Ավարտի ամսաթիվը.** | **Որքան․** | **Որքան հաճախ.** |
| Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:  Ծառայության մատուցողը պետք է որոշվի | …. | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: |
| Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:  Ծառայության մատուցողը պետք է որոշվի | …. | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: |
| Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:  Ծառայության մատուցողը պետք է որոշվի | …. | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: |

## ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՎԱԾ ԱՅԼ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ

**Վավերացում**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ծառայություն/ Աջակցություն.** | **Աջակցություն հետևյալի կողմից.** | **Մեկնարկի ամսաթիվը.** | **Ավարտի ամսաթիվը.** | **Որքան․** | **Որքան հաճախ․** |
| Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:  Ծառայության մատուցողը պետք է որոշվի | …. | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: |
| Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:  Ծառայության մատուցողը պետք է որոշվի | …. | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: |

*Նշում.* ***գոյություն ունեցող*** *ծառայությունների մեկնարկի մոտավոր ամսաթիվը կլինի IPP-ի ամսաթիվը, եթե այլ բան նշված չէ:* ***Նոր*** *ծառայությունները ժամանակ կպահանջեն ուղեգրեր ուղարկելու համար, և կարող են ավելի երկար տևել մինչ սկսելը:*

Ծառայությունների համաձայնագիր

Խնդրում ենք ընտրել ստորև ներկայացված տարբերակներից մեկը՝

Համաձայնագիր բոլոր ծառայությունների վերաբերյալ. Ես համաձայն եմ վերը նշված ծառայությունների հետ և լիազորում եմ [Տարածքային կենտրոնի անվանումը]-ին ձեռք բերել իմ IPP-ի իրականացման համար համաձայնեցված ծառայությունները:

Անհամաձայնություն կամ մերժում հետևյալ ծառայությունների վերաբերյալ. Թիմը համաձայնության չի եկել հետևյալ ծառայությունների վերաբերյալ: Ընտրեք ծառայություն(ներ)

### Լրացուցիչ հարցումներ.

Այն ծառայությունների համար, որոնք դեռ չեն որոշվել, թիմը կանցկացնի IPP հանդիպում ….։ Այն կանցկացվի 15 օրվա ընթացքում, կամ ավելի ուշ, եթե համաձայնեմ, վերանայելու այսօրվա հանդիպման չհամաձայնեցված կետերը: Ես կարող եմ չեղարկել այս երկրորդ հանդիպումը, եթե Ծառայությունների և աջակցության հետ կապված իմ մտահոգությունները լուծվեն ի նպաստ ինձ մինչև 15-օրյա ժամկետի ավարտը:

Ես խնդրում եմ Գործողությունների ծանուցում (NOA), որ բողոքարկեմ այն ծառայությունները, որոնք մերժվել են և խնդրում եմ, որ այն տրամադրվի իմ նախընտրած լեզվով. Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:

Ես կցանկանայի ստանալ NOA-ի պատճենը հետևյալ եղանակով՝   
 Էլ. փոստ  Հավաստագրված փոստ  Ֆաքս

Կա՞ն բացառություններ կարգավորումների պահանջներից:  Այո  Ոչ

Ես համաձայն եմ Համայնքի կարգավորումների կանոնի բացառություններին, որոնք նկարագրված են հետևյալում. Ընտրեք կյանքի ոլորտ

Հաստատում.

Ինձ տրամադրվել է վերջին տարվա ընթացքում ինձ համար ձեռք բերված տարածքային կենտրոնի բոլոր ծառայությունների և աջակցությունների քաղվածքը:

Ես քննարկել և տեղեկատվություն եմ փոխանցել իմ ծառայության համակարգողին այս պահին ունեցած կամ ապագայում սպասվող ցանկացած կարիքի մասին:

[Տարածքային կենտրոնի անվանումը] կանցկացնի IPP հանդիպումներ, ըստ անհրաժեշտության, երբ իմ ցանկալի արդյունքները կամ կարիքները փոխվեն: Դա կարող է տեղի ունենալ տարին մեկ անգամ, եթե ես գրանցված լինեմ Medicaid Waiver-ում, կամ երեք տարին մեկ անգամից ոչ պակաս, եթե ես գրանցված չեմ: Իմ ծառայության համակարգողը պատասխանատու կլինի վերահսկելու այս ծրագիրը: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած ժամանակ կարող եմ հրավիրել իմ պլանավորման թիմին՝ կապվելով իմ ծառայության համակարգողի հետ:

Ես կցանկանայի ստանալ IPP-ի պատճենը հետևյալ եղանակով.   
 Էլեկտրոնային  Տպագրված պատճենը փոստով

Քննարկվել է հետևյալ տեղեկատվությունը.

### Ինքնուղղորդում.

Ինքնուղղորդումը Ձեզ ավելի մեծ ընտրության հնարավորություն է տալիս Ձեր ծառայությունների և աջակցությունների հարցում, թե ով է դրանք տրամադրում և ինչպես են դրանք տրամադրվում: Պլանավորումը կատարվում է Ձեր ծառայության համակարգողի հետ անձնակենտրոն պլանավորման գործընթացի միջոցով, այնպես որ խոսեք Ձեր ծառայության համակարգողի հետ, եթե ցանկանում եք ավելին իմանալ ինքնուղղորդման մասին: Դուք կարող եք ստանալ ծառայություններ և աջակցություն, որոնք ինքնակառավարվում են երկու տարբեր եղանակներով.

* Ինքնորոշման (Self-Determination) ծրագիր. Ձեզ հնարավորություն է տալիս ավելի շատ վերահսկողություն ունենալ Ձեր ծառայությունների պլանները ստեղծելիս և ծառայությունների մատակարարներ ընտրելիս՝ ձեր կարիքներն ավելի լավ բավարարելու համար: Դուք աշխատում եք Ձեր պլանավորման թիմի հետ, որպեսզի մշակեք բյուջե և ծախսերի պլան՝ որակյալ ծառայություններ մատուցողներից, անհատներից կամ ձեռնարկություններից ծառայություններ, աջակցություն և ապրանքներ գնելու համար:
* Մասնակիցներին ուղղված ծառայություններ (Participant Directed Services). Ձեզ հնարավորություն է տալիս ընտրել, թե ում վարձել, երբ նշանակել և ինչպես վերահսկել աշխատանքը որոշ տեսակի ծառայությունների և աջակցության համար: Ծառայություններից և աջակցությունից կարող են օգտվել նրանք, ովքեր ապրում են իրենց տանը, իրենց ընտանիքի տանը և որոշ համայնքային բնակելի տներում:

### Բողոքարկման գործընթաց

Բողոքարկումը միջոց է Ձեր տարածքային կենտրոնի հետ տարաձայնությունները լուծելու համար: Եթե դուք և տարածքային կենտրոնը համաձայնության չեք գալիս, դուք իրավունք ունեք բողոքարկել տարածքային կենտրոնի որոշումը։ Ավելին իմանալու համար այցելեք [Regional Center Name]-ի կայքը կամ DDS կայքը՝ <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>

### 4731 Բողոք.

Եթե Դուք ծառայություններ եք ստանում տարածքային կենտրոնից, Դուք կամ որևէ մեկը, օրինակ՝ ծնողը, օրինական խնամակալը, կոնսերվատորը կամ լիազորված ներկայացուցիչը, կարող եք բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ Ձեր իրավունքները սխալ կամ անարդարացիորեն մերժվել են տարածքային կենտրոնի, զարգացման կենտրոնի կամ ծառայություն մատուցողի կողմից: Ավելին իմանալու համար այցելեք [Տարածքային կենտրոնի անվանումը] կայքը. կամ այցելեք DDS (Զարգացման ծառայությունների վարչության) կայքը՝ <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/consumer-rights-complaint/>:

### Ազդարարի (Whistle Blower) քաղաքականություն.

Եթե տեսնեք կամ ինքներդ զգաք անօրինական կամ ոչ պատշաճ գործունեություն , Դուք պետք է դրա մասին տեղեկացնեք DDS-ին: Սա կոչվում է ազդարարի բողոք: Ազդարարի բողոքի երկու տեսակ կա.

* Տարածքային կենտրոնի անօրինական կամ ոչ պատշաճ գործունեություն. Երբ տարածքային կենտրոնը կամ տարածքային կենտրոնի աշխատակիցը, պաշտոնյան կամ տարածքային կենտրոնի խորհրդի անդամը, ով զբաղվում է տարածքային կենտրոնի բիզնեսով, սխալ բան է անում: Որոշ օրինակներ կարող են լինել.
  + Նահանգային կամ դաշնային օրենքի խախտում
  + Տարածքային կենտրոնի և մեկ այլ անձի կամ բիզնեսի միջև իրավական համաձայնությանը չհետևելը
  + Ինչ-որ մեկին ստելը կամ խաբելը, որպեսզի նա կարողանա գումար աշխատել կամ ստանալ այլ պարգև
  + Պետական ​​գույքը սխալ ճանապարհով կամ անօրինական բանի համար օգտագործելը
  + Դիտավորությամբ օրենքին հակասող ինչ-որ բան անելը, օրենքը անտեսելը, ստել, թե ունեն համապատասխան հմտություններ իրենց աշխատանքի համար կամ չեն կարող անել իրենց աշխատանքը
* Ծառայություններ մատուցողի կամ կապալառուի անօրինական կամ ոչ պատշաճ գործունեություն. Երբ ծառայություններ մատուցողը կամ կապալառուն (օրինակ անձը կամ ընկերությունը, որը վարձված է ծառայություն մատուցելու կամ աշխատանք կատարելու համար), ինչ-որ սխալ է անում DDS-ի կողմից վճարվող ծառայություններ մատուցելիս: Այդ անձը կարող է լինել ծառայության մատակարարի կամ կապալառուի աշխատակից, պաշտոնյա կամ խորհրդի անդամ: Որոշ օրինակներ կարող են լինել.
  + Նահանգային կամ դաշնային օրենքի խախտում
  + Տարածքային կենտրոնի և մեկ այլ անձի կամ բիզնեսի միջև իրավական համաձայնությանը չհետևելը
  + Ինչ-որ մեկին ստելը կամ խաբելը, որպեսզի նա կարողանա գումար աշխատել կամ ստանալ այլ պարգև
  + Պետական ​​գույքը սխալ ճանապարհով կամ անօրինական բանի համար օգտագործելը
  + Դիտավորությամբ օրենքին հակասող ինչ-որ բան անելը, օրենքը անտեսելը, ստել, թե ունեն համապատասխան հմտություններ իրենց աշխատանքի համար կամ չեն կարող անել իրենց աշխատանքը

DDS-ը կլսի Ձեզ, երբ Դուք զեկուցեք անօրինական կամ ոչ պատշաճ գործունեության մասին: Դուք պաշտպանված կլինեք, եթե բողոք ներկայացնեք տարածքային կենտրոնի կամ ծառայություններ մատուցողի կամ կապալառուի դեմ: Ավելին իմանալու համար այցելեք [Տարածքային կենտրոնի անվանումը] կայքը.Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: կամ DDS կայքը՝ <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/regional-center-or-vendor-contractor-whistleblower-complaints/> :

### Աշխատանքն առաջին տեղում

2013-ին Կալիֆոռնիան դարձավ 12-րդ նահանգը, որը աշխատանքն առաջին տեղում քաղաքականությունը դարձրեց օրենք: Օրենքը նշում է, որ կարևոր է, որ զարգացման հաշմանդամություն ունեցող յուրաքանչյուր ոք հնարավորություն ունենա աշխատելու նույն վարձատրությամբ, նպաստներով և նույն տեղերում, ինչ մյուս մարդիկ՝ անկախ նրանց հաշմանդամությունից: Եթե ​​ցանկանում եք աշխատանք ստանալ կամ ցանկանում եք ավելին իմանալ աշխատանքի մասին, խոսեք ձեր ծառայության համակարգողի հետ:

### Ընտրողների գրանցման ազգային օրենք.

1933 թվականին Կոնգրեսը Ձեզ համար հեշտացրեց քվեարկությունը: Եթե ​​ցանկանում եք քվեարկել, կարող եք գրանցվել տարածքային կենտրոնում։

### Տրանսպորտի հասանելիության ծրագիր.

Որպեսզի օգնենք Ձեզ լինել ավելի անկախ, ճանապարհորդել դեպի Ձեր ուզած վայրերը և լինել ձեր համայնքի մի մասը, դուք կարող եք ունենալ Տրանսպորտի հասանելիության ծրագիր: Այս ծրագիրը կունենա ծառայություններ և աջակցություն, որոնք Ձեզ անհրաժեշտ են այնպիսի բաների համար, ինչպիսիք են՝ ինչպես հասնել և վերադառնալ ավտոբուսի կանգառ կամ երկաթուղային կայարան, ինչպես հասնել այնտեղ, ուր ցանկանում եք գնալ և ինչպես օգտագործել ցանկացած սարքավորում կամ

շարժունակության օժանդակ միջոցներ հասարակական տրանսպորտի համակարգում:

### Խնամակալների իրավահաջորդության ծրագիր.

Եթե Դուք ապրում եք Ձեր ընտանեկան տանը, Դուք և Ձեր պլանավորման թիմը պետք է քննարկեք, թե արդյոք Ձեզ անհրաժեշտ է ծրագիր այն մասին, թե ով է հոգ տանելու Ձեր մասին ապագայում: Պետք է խոսել այդ մասին մինչև Ձեր 22 տարեկան դառնալը։ Սա կոչվում է Խնամակալների իրավահաջորդության ծրագիր: Եթե Դուք և Ձեր պլանավորման թիմը որոշեք, որ Ձեզ անհրաժեշտ է այս ծրագիրը, Դուք ամեն տարի կխոսեք դրա մասին:

Լրացուցիչ նշումներ.

Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար:

IPP պլանավորման թիմի մասնակիցների ստորագրությունները՝

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ստորագրություն՝** | **Մասնակիցի անունը (տպատառ)՝** | **Կապը [անուն]-ի հետ՝** | **Ամսաթիվ՝** |
|  | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | …. |
|  | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | …. |
|  | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | …. |
|  | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | Սեղմեք կամ հպեք այստեղ՝ տեքստ մուտքագրելու համար: | …. |

IPP հարցում.

Զարգացման ծառայությունների վարչությունը (DDS) ցանկանում է ձեզանից լսել Ձեր IPP հանդիպման մասին: Ձեր պատասխանները կկարդա միայն DDS-ը: Մենք չենք հարցնում Ձեր անունը, որպեսզի կարողանաք բաց և անմիջական լինել Ձեր պատասխաններում: Մենք կարող ենք Ձեզ թղթային պատճեն ուղարկել փոստով: Կարող եք զանգահարել մեզ 833-421-0061 հեռախոսահամարով և սեղմել տարբերակ 1-ը: Կարող եք նաև ուղարկել մեզ էլեկտրոնային նամակ [IPPsurvey@dds.ca.gov](mailto:IPPsurvey@dds.ca.gov) հասցեով: Հարցմանը մասնացելը Ձեր ընտրությունն է:

Հարցմանը մասնակցելու համար սկանավորեք այս QR կոդը.

﻿

﻿

[QR կոդ

](https://www.surveymonkey.com/r/KWVMTQ9)

Ինչպես օգտագործել QR կոդը և մասնակցել հարցմանը.

1. Բացեք տեսախցիկի հավելվածը Ձեր բջջային հեռախոսի կամ պլանշետի վրա:
2. Պահեք Ձեր տեսախցիկը քառակուսի QR կոդի վրա: Համոզվեք, որ Դուք կարող եք տեսնել QR կոդը էկրանին:
3. Հարցման հղումը կհայտնվի Ձեր էկրանին: Հպեք հղմանը` հարցումը բացելու համար:
4. Ընտրեք այն պատասխանը, որը լավագույնս համապատասխանում է Ձեր IPP հանդիպման ժամանակ տեղի ունեցածին:
5. Ավարտելուց հետո սեղմեք “Done” (Ավարտված) կոճակը: