

此表格有何用途？

此表格用於允許分享您（尋求或接受區域中心服務的人）的個人資料。它也可以用於授權他人代表您提出消費者權益投訴或服務上訴。這與由州發育殘障委員會 (SCDD) 或法院任命的授權代表不同。

尋求或接受區域中心服務的未成年子女的父母、保護人或法定監護人無需填寫此表格來給予自己許可。他們已經獲得合法許可。但是，他們可以使用此表格授權其他人代表您提出消費者權益投訴或服務上訴。稍後可能需要提供與尋求或接受區域中心服務的人員的關係證明。

消費者權益投訴和服務上訴的類型包括：

- 早期開啟項目投訴 - 當您不同意某項服務或資格決定，或認為兒童從出生到三歲期間的權利受到侵犯時。
- Lanterman服務上訴 - 當您不同意區域中心提出的Lanterman服務或資格決定時。
- 4731 (消費者權益投訴) - 當您認為您的權利受到區域中心或服務提供者的侵犯時。這些投訴與服務或資格無關。

如何獲得幫助

- 您可以向您的服務協調員或其他區域中心工作人員求助。
- 您的客戶權利倡導者 (CRA) · 電話：
 - (800) 390-7032 (北加州) · 或
 - (866) 833-6712 (南加州) · 或
 - [在這裡找到您所在區域中心的客戶權利倡導者](#)。
- 監察員辦公室電話：(877) 658-9731 或電子郵件：ombudsperson@dds.ca.gov · 或 [點擊此處](#) 查找更多資訊。
 - 如果您參加了自決計畫，請發送電子郵件至：sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 或 [點擊此處查找更多資訊](#)。
- 加州發育障礙委員會 (SCDD) · 若要尋找您當地的 SCDD 辦事處，請選擇此網頁頂部的 www.scdd.ca.gov "Regional Offices"，然後選擇您的區域。您也可以撥打 (833) 818-9886 聯絡 SCDD。
- 加州殘障權利 (DRC) · 電話：
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798TTY (聽障專線) 電話
 - 您也可以填寫 [DRC 的線上受理表格](#)。
- 您也可以從家庭資源中心獲得幫助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的區域中心可能會幫助您找到可以幫助您的當地家長支持團體或基於社區的組織。

Case Number: _____

(Internal Use Only)

*必填欄位

接受或尋求區域中心服務的人員的資訊：

*名字： *姓氏： *出生日期： 唯一客戶識別碼 (UCI)

*區域中心：

您想要代表做什麼？ (您可以選擇多個選項)

- | | |
|---|---|
| ☐ 消費者權益投訴 (4731) | ☐ Lanterman服務或資格上訴 |
| ☐ 早期開啟項目投訴 | ☐ 其他： |

代表資訊：

*名字： *姓氏：

*與接受或尋求區域中心服務的人員的關係：

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| ☐ 成年子女的父母 | ☐ 法律倡導者 | ☐ 其他： |
| ☐ 家屬 | ☐ 律師 | |
| ☐ 朋友 | ☐ 監護人 | |

*街道地址：

*公寓號碼：

*城市：

*郵遞區號：

*主要電話號碼：

主要電話號碼類型：
☐ 手機 ☐ 住宅 ☐ 工作

是否接收簡訊？
☐ 是 ☐ 否
(可能收取數據費用)

備用電話號碼：

備用電話號碼類型：
☐ 手機 ☐ 住宅 ☐ 工作

是否接收簡訊？
☐ 是 ☐ 否
(可能收取數據費用)

電子郵件地址：

簽名部分：

通過簽署此表格，我授權上述指定的代表獲取資訊和/或代表上述正在接受或尋求服務的人員。

*簽名： *工整書寫姓名：

*簽署日期：

如果您代表其他人填寫此表格，請說明您與接受或尋求區域中心服務的人員的關係：

- ☐ 未成年子女的父母
☐ 保護人
☐ 法定監護人
☐ 授權代表 (*由 SCDD 或法院等管理機構指派)