

ԻՆՉԻ՞ ՉԱՄԱՐ Ե ԱՅՍ ՁԵԿԸ:

Այս ձևն օգտագործվում է ձեր (տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններ ստանալ ցանկացող կամ դրանք ստացող անձի) մասին անձնական տեղեկություններ տրամադրելու թույլտվություն տալու համար: Այն նաև կարող է օգտագործվել ինչ-որ մեկին թույլտվություն տալու ձեզ ներկայացնելու բողոքի, գանգատի կամ ծառայության վերաբերյալ բողոքարկման գործընթացում: Սա տարբերվում է Չարգացման հաշմանդամությունների նահանգային խորհրդի (SCDD) կամ դատարանի կողմից նշանակվող Լիազորված ներկայացուցչից:

Տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններ ստանալ ցանկացող կամ դրանք ստացող անձանց անչափահաս երեխայի ծնողները, խնամակալները կամ օրինական խնամակալները պարտավոր չեն լրացնել այս ձևն իրենց թույլտվություն տալու համար: Նրանք արդեն ունեն օրինական թույլտվություն: Այնուամենայնիվ, նրանք կարող են օգտագործել այս ձևը՝ թույլտվություն տալու համար մեկ ուրիշին ներկայացնել ձեզ բողոքի, գանգատի կամ ծառայության վերաբերյալ բողոքարկման գործընթացում: Տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններ ստանալ ցանկացող կամ դրանք ստացող անձի հետ ազգակցական կապի ապացույցը կարող է անհրաժեշտ լինել ներկայացնել ավելի ուշ:

Սպառողների իրավունքների վերաբերյալ բողոքների և ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկումների տարբեր տեսակներն են՝

- Վաղ մեկնարկի բողոք – Երբ Վաղ մեկնարկի ծառայություններ ստացող երեխայի ընտանիքը կարծում է, որ տարածաշրջանային կենտրոնը, ծառայություն մատուցողը կամ տեղական կրթական գործակալությունը խախտել է Վաղ մեկնարկի ծրագրի կանոնակարգերը:
- Լանտերմանի ծառայության բողոքարկում – Երբ ծառայություններ ստացող կամ դրանց դիմող անձը համաձայն չէ Լանտերմանի ծառայության կամ տարածաշրջանային կենտրոնի կողմից առաջարկված իրավասության որոշման հետ:
- Բողոք – Երբ ծառայություններ ստացող կամ դրանց դիմող անձը կարծում է, որ իր իրավունքները խախտվել են տարածաշրջանային կենտրոնի կամ ծառայություն մատուցողի կողմից, կամ նա դժգոհ է տարածաշրջանային կենտրոնի, ծառայություն մատուցողի կամ նահանգի կողմից կառավարվող հաստատության աշխատանքից՝ կապված անձնակենտրոն պլանավորման հետ և այն բանից, թե արդյոք բնակելի միջավայրը համապատասխանում է HCBS պահանջներին:

ՈՐՏԵՂԻՑ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼ

- Ձեր ծառայության համակարգողը կամ տարածաշրջանային կենտրոնի այլ աշխատակիցներ, եթե դուք նրանց խնդրեք:
- Ձեր՝ հաճախորդների իրավունքների պաշտպանը (CRA)՝
 - (800) 390-7032՝ Հյուսիսային Կալիֆորնիայի համար, կամ
 - (866) 833-6712՝ Հարավային Կալիֆորնիայի համար, կամ
 - Գտեք հաճախորդների իրավունքների պաշտպանին ձեր տարածաշրջանային կենտրոնում այստեղ:
- Չարգացման ծառայությունների օմբուդսմենի գրասենյակ՝ (877) 658-9731 հեռախոսահամարով կամ ombudsperson@dds.ca.gov էլեկտրոնային հասցեով, կամ լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել [առցանց՝ այստեղ:](#)
- Չարգացման հաշմանդամությունների նահանգային խորհուրդ (SCDD): Ձեր տեղական SCDD գրասենյակը գտնելու համար այս կայքէջի վերևում ընտրեք «Տարածաշրջանային գրասենյակներ»՝ www.scdd.ca.gov, ապա ընտրեք ձեր տարածքը: Կարող եք նաև կապվել SCDD-ի հետ՝ (833) 818-9886 հեռախոսահամարով:
- Disability Rights California (DRC)՝
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 TTY զանգի համար
 - Դուք կարող եք նաև լրացնել [DRC-ի առցանց ընդունման ձևը:](#)
- Դուք կարող եք նաև օգնություն ստանալ Ընտանեկան ռեսուրսների կենտրոնից՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:
- Ձեր տարածաշրջանային կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ գտնել ծնողների աջակցության տեղական խումբ կամ համայնքային կազմակերպություն, որը կարող է օգնել ձեզ:

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք

Case Number: _____
(Internal Use Only)

* Պարտադիր լրացման դաշտեր

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՏԱՐԱԾԱԶՐՋԱՆԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼ ՑԱՆԿԱՑՈՂ ԿԱՄ ԴՐԱՆՔ ՍՏԱՑՈՂ ԱՆՁԻ ՄԱՍԻՆ.

*Անուն՝	*Ազգանուն՝	*Ծննդյան ամսաթիվ՝	Հաճախորդի եզակի նույնացուցիչ (UCI)

*Տարածաշրջանային կենտրոն՝

ԻՆՉԻ՞ ՀԱՄԱՐ ԵՔ ՈՒԶՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԶՈՒԹՅՈՒՆ: (Դուք կարող եք ընտրել մեկից ավելի տարբերակ)

- | | |
|---|--|
| ☐ Բողոք | ☐ Լանտերմանի ծառայության կամ իրավասության բողոքարկում |
| ☐ Վաղ մեկնարկի բողոք | ☐ Այլ՝ <input type="text"/> |

ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԶԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.

*Անուն՝	*Ազգանուն՝
------------------------------	---------------------------------

*Հարաբերությունը տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններ ստացող կամ դրանք ստանալ ցանկացող անձի հետ.

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| ☐ Մեծահասակ երեխայի ծնող | ☐ Փաստաբան | ☐ Այլ՝ <input type="text"/> |
| ☐ Ընտանիքի անդամ | ☐ Փաստաբան | |
| ☐ Ընկեր | ☐ Ինսամակալ | |

*Փողոցի հասցե՝

*Բնակարանի համար՝

*Քաղաք՝

*Փոստային կոդ՝

*Հիմնական հեռախոսահամար՝

Հիմնական հեռախոսահամարի տեսակը՝

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Բջջային | ☐ Տան | ☐ Աշխատանքային |
| ☐ Այլ | ☐ Ոչ | (Կարող են կիրառվել տվյալների վճարներ) |

Տեքստային հաղորդագրություններ ստանո՞ւմ եք:

*Երկրորդական հեռախոսահամար՝

Երկրորդական հեռախոսահամարի տեսակը՝

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Բջջային | ☐ Տան | ☐ Աշխատանքային |
| ☐ Այլ | ☐ Ոչ | (Կարող են կիրառվել տվյալների վճարներ) |

Տեքստային հաղորդագրություններ ստանո՞ւմ եք:

Էլ. հասցե՝

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԻՆ.

Այս ձևը ստորագրելով՝ ես գրավոր թույլտվություն եմ տալիս վերը նշված ներկայացուցչին ստանալ տեղեկատվություն և/կամ ներկայացնել վերը նշված ծառայություններ ստացող կամ դրանք ստանալ ցանկացող անձին:

*Ստորագրություն՝

*Տպագիր անուն՝

*Ստորագրման ամսաթիվ՝

Եթե դուք լրացնում եք այս ձևն ուրիշի անունից, ի՞նչ կապ ունեք տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններ ստացող կամ դրանք ստանալ ցանկացող անձի հետ:

- | | |
|--|--|
| ☐ Անչափահաս երեխայի ծնող | |
| ☐ Հոգաբարձու | |
| ☐ Իրավական ինսամակալ | |
| ☐ Լիազորված ներկայացուցիչ (*Նշանակվել է պետական մարմնի կողմից, ինչպիսիք են SCDD-ն կամ դատարանը) | |

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք