

Formulario de autorización del representante

DS 1819 (Rev. 12/2023)

¿PARA QUÉ SIRVE ESTE FORMULARIO?

Este formulario otorga permiso para compartir información personal sobre usted (la persona que solicita o recibe servicios del centro regional). También puede utilizarse para autorizar a alguien a que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Esto es diferente del rol del representante autorizado designado por el Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD) o un tribunal.

Los padres de un menor, los conservadores o los tutores legales de las personas que solicitan o reciben servicios del centro regional no necesitan completar este formulario para autorizarse a sí mismos. Ya tienen permiso legal. Sin embargo, pueden utilizar este formulario para otorgar permiso a otra persona para que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Es posible que la prueba del parentesco con la persona que solicita o recibe los servicios del centro regional deba presentarse más adelante.

Los distintos tipos de reclamos sobre los derechos como cliente y de apelación de un servicio son los siguientes:

- **Reclamo sobre Early Start:** cuando usted no está de acuerdo con un servicio o decisión de elegibilidad o cree que se violaron los derechos de un niño desde el nacimiento hasta los tres años.
- **Apelación de servicio relacionado con la Ley Lanterman:** cuando no está de acuerdo con un servicio relacionado con la Ley Lanterman o con la decisión de elegibilidad propuesta por un centro regional.
- **4731 (reclamo sobre los derechos como cliente):** cuando cree que un centro regional o un proveedor de servicios no respetó sus derechos. Estos reclamos no se refieren a los servicios ni a la elegibilidad.

DÓNDE OBTENER AYUDA

- De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
- Su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
 - (800) 390-7032 para el norte de California;
 - (866) 833-6712 para el sur de California; o
 - [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](#).
- Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](#).
 - Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](#).
- Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione "Oficinas regionales" en la parte superior de esta página web: www.scdd.ca.gov, y luego elija su área. También puede comunicarse con el SCDD al (833) 818-9886.
- Disability Rights California (DRC) al:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 para llamadas TTY
 - Asimismo, puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](#).
- También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

Número de caso: _____

(Solo para uso interno)

* Campos obligatorios

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE O NECESITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:

* Nombre:	* Apellido:	* Fecha de nacimiento:	Identificador único de cliente (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Centro Regional:

¿PARA QUÉ DESEA TENER REPRESENTACIÓN? (Puede seleccionar más de una opción).

Reclamo sobre los derechos como cliente (4731)
 Servicio relacionado con la Ley Lanterman o apelación de elegibilidad
 Reclamo sobre Early Start Otros:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

* Nombre:	* Apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional:

Padre o madre de un hijo adulto Defensor jurídico Otros:
 Familiar Abogado
 Amigo Tutor

* Dirección:	* Número de departamento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Ciudad:	* Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Número de teléfono principal:	Tipo de número de teléfono principal:	¿Se pueden enviar mensajes de texto?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)</small>
Número de teléfono secundario:	Tipo de número de teléfono secundario:	¿Se pueden enviar mensajes de texto?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)</small>

Dirección de correo electrónico:

SECCIÓN DE FIRMAS:

Al firmar este formulario, estoy dando permiso por escrito al representante nombrado anteriormente para recibir información y/o representar a la persona que recibe o solicita servicios, como se identifica arriba.

*Firma:	*Nombre en letra imprenta:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Fecha de firma:

Si completa este formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional?

Padre o madre de un menor
 Conservador
 Tutor legal
 Representante autorizado (*designado por un órgano de gobierno, como el SCDD o un tribunal)

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud