



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## Ընդունման դիմում

3 տարեկանից բարձր երեխաների և մեծահասակների համար

### Դիմողի մասին տեղեկություններ.

|  |                       |                              |
|--|-----------------------|------------------------------|
| <b>Անուն</b>   | <b>Երկրորդ անուն</b>  | <b>Ազգանուն</b>              |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>         |
| <b>Ծննդյան ամսաթիվ</b>   | <b>Տարիք</b>          | <b>Ծննդյան վայր</b>          |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>         |
| <b>Սեռ</b> (Սեռ, որը նշվել է ծնվելիս)<br><input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական | <b>Նախընտրելի սեռ</b> | <b>Ամուսնական կարգավիճակ</b> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>         |
| <b>Տարածաշրջանային կենտրոնի հետ հաղորդակցման նախընտրելի լեզու</b>  |                       | <b>Այլ լեզուներ</b>          |
| <input type="text"/>   |                       | <input type="text"/>         |

### **Ազգություն**

Եթե դիմողի անունը փոխվել է, խնդրում ենք նշել նախորդ անունը ստորև:

### Դիմողի հասցեն.

Ո՞ւմ հետ է ապրում դիմողը: \_\_\_\_\_

### **Փողոց**

|                               |                                     |                        |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>Քաղաք</b>                  | <b>Նահանգ</b>                       | <b>Փոստային կոդ</b>    |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>   |
| <b>Հիմնական հեռախոսահամար</b> | <b>Այլընտրանքային հեռախոսահամար</b> | <b>Էլ. փոստի հասցե</b> |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>   |

Ո՞վ է հիմնական պատասխանատու կողմը, ում հետ կարելի է կապ հաստատել այս դիմումի վերաբերյալ:

|                               |                                     |                        |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| <b>Անուն</b>                  | <b>Ազգանուն</b>                     | <b>Ազգակցություն</b>   |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>   |
| <b>Հիմնական հեռախոսահամար</b> | <b>Այլընտրանքային հեռախոսահամար</b> | <b>Էլ. փոստի հասցե</b> |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                | <input type="text"/>   |

Խնդրում ենք տրամադրել տեղեկություններ այն անձի, գործակալության կամ ընկերության վերաբերյալ, որն ուղղորդել է:

|   |                               |                        |
|---|-------------------------------|------------------------|
| <b>Գործակալության անվանումը / Կոնտակտային անձ</b> | <b>Հիմնական հեռախոսահամար</b> | <b>Էլ. փոստի հասցե</b> |
| <input type="text"/>                              | <input type="text"/>          | <input type="text"/>   |

Արդյո՞ք դիմողը նախկինում ստացել է գնահատում կամ ծառայություններ Հյուսիսային Լոս Անջելես տարածաշրջանային կենտրոնից կամ մեկ այլ տարածաշրջանային կենտրոնից:  Այո  Ոչ

Եթե «Այո», խնդրում ենք նշել Տարածաշրջանային կենտրոնը.



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## Ծնող 1 Տեղեկություններ.

Ազգակցությունը դիմողին \_\_\_\_\_

Անուն  Երկրորդ անուն  Ազգանուն

Ծննդյան ամսաթիվ  Ծննդյան վայր  Լեզու

Փողոց

Քաղաք  Նահանգ  Փոստային կոդ

Հեռախոսահամար

Գործատուի անվանումը  Հաստիքը

Հաշմանդամ  Այո  Ոչ  Մահացած  Այո  Ոչ

Ամուսնական կարգավիճակ  Ամուսնացած  Ամուսնալուծված  Բաժանված

Մենակ  Այրի

## Ծնող 2 Տեղեկություններ.

Ազգակցությունը դիմողին \_\_\_\_\_

Անուն  Երկրորդ անուն  Ազգանուն

Ծննդյան ամսաթիվ  Ծննդյան վայր  Լեզու

Փողոց

Քաղաք  Նահանգ  Փոստային կոդ

Հեռախոսահամար

Գործատուի անվանումը  Հաստիքը

Հաշմանդամ  Այո  Ոչ  Մահացած  Այո  Ոչ

Ամուսնական կարգավիճակ  Ամուսնացած  Ամուսնալուծված  Բաժանված

Մենակ  Այրի



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

**Չարգացման հաշմանդամություն.** Խնդրում ենք նշել այն զարգացման հաշմանդամությունը, որը կասկածվում կամ ախտորոշվում է: Դուք կարող եք նշել զարգացման հաշմանդամության ավելի քան մեկ բնագավառ: NLACRC-ը կկատարի գնահատում որոշելու համար՝ արդյոք դիմողը համապատասխանում է զարգացման հաշմանդամության սահմանմանը Կալիֆորնիայի օրենքով և կանոնադրությամբ: 3-4 տարեկան այն երեխաները, որոնք չունեն զարգացման հաշմանդամություն, կարող են դիտարկվել Ժամանակավոր իրավասության ծրագրի համար:

- Մտավոր հաշմանդամություն
- Աուտիկ սպեկտրի խանգարում
- Մանկական ուղեղային կաթված
- Էպիլեպսիա
- Իրավիճակները նման են Մտավոր հաշմանդամությանը

**Խնդրում ենք նկարագրել, թե ինչու է դիմողը դիմում Տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայություններին.**

## 1. Մտավոր հաշմանդամություն

Արդյո՞ք բժիշկն է դիմողի մոտ ախտորոշել Մտավոր հաշմանդամություն: \_\_\_\_\_

Մասնագետի անունը. \_\_\_\_\_ Ախտորոշման տարիքը. \_\_\_\_\_

**Խնդրում ենք նկարագրել դիմողի սովորելու կարողության վերաբերյալ մտահոգությունները.**

**Խնդրում ենք նկարագրել այն մտահոգությունները, որոնք վերաբերում են դիմողի տարիքին համապատասխան հմտություններն ինքնուրույն կատարելու ունակությանը.**

## 2. Աուտիկ սպեկտրի խանգարում

Արդյո՞ք բժիշկն է դիմողի մոտ ախտորոշել Աուտիկ սպեկտրի խանգարում: \_\_\_\_\_

Մասնագետի անունը. \_\_\_\_\_ Ախտորոշման տարիքը. \_\_\_\_\_

Ո՞ր տարիքից են սկսվել դիմողի զարգացման վերաբերյալ մտահոգությունները: \_\_\_\_\_

**Ներկայացրեք դիմողի խոսքի հետ կապված մտահոգությունները.**

**Նկարագրեք դիմողի սոցիալական շփման և վարքագծի վերաբերյալ մտահոգությունները.**



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

### 3. Մանկական ուղեղային կաթված

Արդյո՞ք բժիշկն է դիմողի մոտ ախտորոշել Մանկական ուղեղային կաթված: \_\_\_\_\_

Բժշկի անունը. \_\_\_\_\_ Ախտորոշման տարիքը. \_\_\_\_\_

Նկարագրեք դիմողի ֆիզիկական գործունեության վրա ազդեցությունը և թվարկեք օգտագործվող ցանկացած աղապատիվ սարքավորում.

### 4. Էպիլեպսիա

Արդյո՞ք բժիշկն է դիմողի մոտ ախտորոշել Էպիլեպսիա: \_\_\_\_\_

Բժշկի անունը. \_\_\_\_\_ Ախտորոշման տարիքը. \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք թվարկել Էպիլեպսիայի (նոպաների) համար օգտագործվող դեղ(եր)ը.

Նկարագրեք նոպաների տեսակը, որքան հաճախ են դրանք տեղի ունենում և ազդեցությունը դիմողի ամենօրյա կյանքի վրա.

### 5. Այլ

Խնդրում ենք նկարագրել որևէ այլ մտահոգություն, որը չի նշվել.



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## Անամնեզ

Խնդրում ենք նկարագրել ցանկացած բժշկական ախտորոշում կամ քրոնիկ առողջական վիճակ.

Բժշկի անունը. \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք թվարկել բոլոր դեղերը, որոնք ներկայումս դիմողն ընդունում է ցանկացած առողջական վիճակի համար.

## Հոգեկան առողջության պատմություն

Խնդրում ենք նկարագրել հոգեկան առողջության (հոգեբուժական) ցանկացած ընթացիկ ախտորոշում.

Հոգեկան առողջության կենտրոնի անվանումը. \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք թվարկել բոլոր դեղերը, որոնք դիմողը ներկայումս ընդունում է հոգեկան առողջության (հոգեբուժական) ցանկացած վիճակի համար.

## Գարրոցի պատմություն

Արդյո՞ք դիմողը ներկայումս կամ նախկինում ներառվել է հատուկ կրթական ծրագրում կամ ունեցել է IEP (Անհատական ուսումնական պլան):  Այո  Ոչ

## Ապահովագրական տեղեկատվություն.

Medi-Cal

Ապահովագրության անվանում

Ապահովագրական պոլիսի համար

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**ՈՒՇԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Խնդրում ենք ձեր դիմումի հետ ներկայացնել դիմողի ապահովագրական քարտի պատճեն:



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## Պոլիկլինիկայի / Կրթահամայնքի կոնտակտային տվյալները՝ գրանցման հայտի համար

Խնդրում ենք նշել ներկայիս բժշկի անունը և կոնտակտային տվյալները, համապատասխանաբար, ցանկացած բժշկական մասնագետի, հոգեբանի կամ հոգեկան առողջության ոլորտի մասնագետի, ինչպես նաև վերջին հաճախած դպրոցի անվանումը, և ապա խնդրում ենք ստորագրել համապատասխան համաձայնությունները՝ այդ պրովայդերներից ընթացիկ գրառումները ստանալու համար:

### A. Ներկայիս բժիշկ.

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Հեռախոսահամար

### B. Այլ ընթացիկ բժիշկ, բժշկական մասնագետ, հիվանդանոց, հոգեբույժ կամ հոգեկան առողջության մասնագետ.

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Հեռախոսահամար

Մասնագիտացում

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

### C. Ներկայիս դպրոցը կամ վերջին հաճախած դպրոցը.

Անվանում

Փողոց

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Հեռախոսահամար

Խնդրում ենք լրացնել և ֆաքսն ամբողջությամբ ներկայացնել Intake Department (818) 756-6357 կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել [intake@nlacrc.org](mailto:intake@nlacrc.org)



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## Համաձայնություն ընդունման և գնահատման ծառայությունների համար

Ստորագրելով այս ձևաթուղթը՝ ես համաձայնում եմ սույն ձևում նշված անձի գնահատմանը՝ նպատակ ունենալով որոշել տարածաշրջանային կենտրոնի ծառայությունների հասանելիության որոշումը, համաձայն Լանթերմանի զարգացման հաշմանդամության ծառայությունների մասին օրենքի: Ես հասկանում եմ, որ գնահատումը կարող է ներառել հասանելի ախտորոշման տեղեկության պատմության հավաքագրումը և վերանայումը, անհրաժեշտ թեստերի և գնահատումների տրամադրումը կամ իրականացումը, և զարգացման մակարդակների և ծառայությունների կարիքների ամփոփումը: Ես հասկանում եմ, որ Հյուսիսային Լոս Անջելեսի շրջանային կենտրոնը կարող է դիտարկել գնահատումներ եւ թեստեր, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, ինտելեկտուալ թեստեր, հարմարվողական ֆունկցիաների թեստեր, նյարդաբանական և նյարդահոգեբանական թեստեր, ախտորոշիչ թեստեր, որոնք կատարվել են բժշկի կողմից, հոգեբուժական թեստեր և այլ թեստեր ու գնահատականներ, որոնք կատարվել են և հասանելի են այլ աղբյուրներից: (California Welfare and Institutions code Section 4642, 4653)

## ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Ես հասկանում եմ, որ Հյուսիսային Լոս Անջելեսի տարածաշրջանային կենտրոնի կողմից ձեռք բերված բոլոր տեղեկություններն ու գրառումները, որոնք իրականացվում են ընդունման և գնահատման ծառայություններ մատուցելու ընթացքում, գաղտնի են:

Խնդրում ենք դիտարկել կից **Գաղտնիության քաղաքականության մասին ծանուցումը**: Ստորագրելով այս ձևը՝ ես ընդունում եմ, որ ինձ տրամադրվել է Հյուսիսային Լոս Անջելես տարածաշրջանային կենտրոնի *գաղտնիության մասին* ծանուցման պատճեն: Ես ընդունում եմ, որ կարդացել եմ (կամ կարդալու հնարավորություն եմ ունեցել) և հասկացել եմ Ծանուցումը: Ես հասկանում եմ, որ ցանկացած ժամանակ կարող եմ ստանալ Ծանուցման թղթային պատճեն:

|                      |                       |                      |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <b>Դիմողի անուն</b>  | <b>Ստորագրություն</b> | <b>Ամսաթիվ</b>       |

*Եթե Դիմողն անչափահաս է կամ չի կարողանում ստորագրել.*

|   |                       |                      |
|---|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                            | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <b>Ծնողի կամ լիազորված ներկայացուցչի անունը</b> | <b>Ստորագրություն</b> | <b>Ամսաթիվ</b>       |

|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="text"/>             |
| <b>Ազգակցությունը դիմողի հետ</b> |



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

Ուսմ.  Ուշադրությ  
յուն.

Այսպիսով ես լիազորում եմ վերոնշյալ դպրոցին, բժշկին, հիվանդանոցին, կլինիկային, հոգեկան առողջության կենտրոնին և/կամ նշանակված աշխատակիցներին տրամադրել դպրոցի կամ բժշկական տեղեկությունները, ինչպես նշված է ստորև:

Ինդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն.  Ծննդյան  
ամսաթիվ.

Տրամադրել բժշկական տեղեկությունները. NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)

### ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագիրն ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և գործում է մինչև \_\_\_\_\_ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

### ՉԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

### ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԳԱՎ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

NLACRC-ը կարող է հետագայում չտրամադրել սույն լիազորագրի ներքո ձեռք բերված տեղեկությունները, բացառությամբ դեպքերի, երբ ստացել է լրացուցիչ լիազորագիր կամ տրամադրումը հատուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

### ՆՇԵԼ ԳՐԱՌՈՒԹՄՆԵՐԸ

Նշեք տարբերակը և սկզբնական շրջանում տրամադրման ենթակա տեղեկատվության տեսակը.

- Բժշկական տեղեկատվություն.** Ծննդյան գրառումներ, գրասենյակային այցելություններ, ֆիզիկական զննումներ, զարգացման գնահատականներ, հիվանդանոց ընդունելության և դուրսգրման ամփոփագրեր:
- Հոգեբուժական/հոգեբանական տեղեկատվություն.** Գնահատումներ, դեղորայքի և բուժման գրառումներ, հիվանդանոցների ընդունման դուրսգրման ամփոփագրեր և ախտորոշիչ եզրակացություններ, այդ թվում՝ թեստերի արդյունքների թերթիկները:
- Դպրոցի/Քոլեջի և հոգեբանական ծառայությունների կամ մասնագիտական/վերականգնողական կենտրոնների գրառումներ.** AB3632 գնահատում, դեպքերի ուսումնասիրություններ, հոգեբանական, լսողական, խոսքի և լեզվի գնահատումներ, IEP-ի ամենամիջոցի և/կամ ընդհանուր գրառումներ:
- ՄԻԱՎ, ԶԻԱՀ, թմրանյութերի չարաշահման բուժում:**
- Այլ (նշել)**

*Ինդրում եմ, որ սույն լիազորագրի համաձայն հրապարակված առողջապահական տեղեկությունը օգտագործվի միայն հետևյալ նպատակներով. Այս գրառումները կօգտագործվեն NLACRC-ի կողմից տվյալ անձի համար համապատասխանության և համապատասխան ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով:*

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագրի տրամադրումը կամավոր է: Բուժումը, վնասումը, մասնակցությունը կամ նպաստ ստանալու իրավունքը չի կարող պայմանավորված լինել սույն լիազորագրի ստորագրումով: Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ \_\_\_\_\_

Տպագիր անունը \_\_\_\_\_ Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից \_\_\_\_\_

Ինդրում ենք լրացնել և ֆաքսն ամբողջությամբ ներկայացնել Intake Department (818) 756-6357 կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել [intake@nlacrc.org](mailto:intake@nlacrc.org) Էջ. 8/10





# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

Ուսմ.  Ուշադրութիւն

Այսպիսով ես լիազորում եմ վերոնշյալ դպրոցին, բժշկին, հիվանդանոցին, կլինիկային, հոգեկան առողջության կենտրոնին և/կամ նշանակված աշխատակիցներին տրամադրել դպրոցի կամ բժշկական տեղեկությունները, ինչպես նշված է ստորև:

Ինդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն.  Ծննդյան ամսաթիվ.

Տրամադրել բժշկական տեղեկությունները. NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)

### ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագիրն ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և գործում է մինչև \_\_\_\_\_ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

### ՉԵՂՔՐԿՈՒՄ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

### ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԳԱՎ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

NLACRC-ը կարող է հետագայում չտրամադրել սույն լիազորագրի ներքո ձեռք բերված տեղեկությունները, բացառությամբ դեպքերի, երբ ստացել է լրացուցիչ լիազորագիր կամ տրամադրումը հատուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

### ՆՇԵԼ ԳՐԱՌՈՒՄՆԵՐԸ

Նշեք տարբերակը և սկզբնական շրջանում տրամադրման ենթակա տեղեկատվության տեսակը.

- Բժշկական տեղեկատվություն.** Ծննդյան գրառումներ, գրասենյակային այցելություններ, ֆիզիկական զննումներ, զարգացման գնահատականներ, հիվանդանոց ընդունելության և դուրսգրման ամփոփագրեր:
- Հոգեբուժական/հոգեբանական տեղեկատվություն.** Գնահատումներ, դեղորայքի և բուժման գրառումներ, հիվանդանոցների ընդունման դուրսգրման ամփոփագրեր և ախտորոշիչ եզրակացություններ, այդ թվում՝ թեստերի արդյունքների թերթիկները:
- Դպրոցի/Քոլեջի և հոգեբանական ծառայությունների կամ մասնագիտական/վերականգնողական կենտրոնների գրառումներ.** AB3632 գնահատում, դեպքերի ուսումնասիրություններ, հոգեբանական, լսողական, խոսքի և լեզվի գնահատումներ, IEP-ի ամենամիջոցի և/կամ ընդհանուր գրառումներ:
- ՄԻԱՎ, ԶԻԱՀ, թմրանյութերի չարաշահման բուժում:**
- Այլ (նշել)**

*Ինդրում եմ, որ սույն լիազորագրի համաձայն հրապարակված առողջապահական տեղեկությունը օգտագործվի միայն հետևյալ նպատակներով. Այս գրառումները կօգտագործվեն NLACRC-ի կողմից տվյալ անձի համար համապատասխանության և համապատասխան ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով:*

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագրի տրամադրումը կամավոր է: Բուժումը, վնասումը, մասնակցությունը կամ նպաստ ստանալու իրավունքը չի կարող պայմանավորված լինել սույն լիազորագրի ստորագրումով: Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը  Ամսաթիվ

Տպագիր անունը  Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից

Ինդրում ենք լրացնել և ֆաքսն ամբողջությամբ ներկայացնել Intake Department (818) 756-6357 կամ էլեկտրոնային **Էջ. 9/10**  
 եղանակով ներկայացնել [intake@nlacrc.org](mailto:intake@nlacrc.org)



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԵՎ/ԿԱՄ ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

Ուսմ.  Ուշադրուք  
յուն.

Այսպիսով ես լիազորում եմ վերոնշյալ դպրոցին, բժշկին, հիվանդանոցին, կլինիկային, հոգեկան առողջության կենտրոնին և/կամ նշանակված աշխատակիցներին տրամադրել դպրոցի կամ բժշկական տեղեկությունները, ինչպես նշված է ստորև:

Ինդրում եմ տրամադրել բժշկական գրառումները և/կամ այլ տեղեկություններ հետևյալի վերաբերյալ.

Անուն.  Ծննդյան  
ամսաթիվ.

Տրամադրել բժշկական տեղեկությունները. NORTH LOS ANGELES COUNTY REGIONAL CENTER (NLACRC)

### ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾ

Սույն լիազորագիրն ուժի մեջ է մտնում անմիջապես և գործում է մինչև \_\_\_\_\_ (մուտքագրել ամսաթիվը) կամ ստորագրության օրվանից մեկ տարի ժամկետով, եթե վերջնաժամկետ նշված չէ:

### ՉԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Այս թույլտվությունը կարող է չեղարկվել ստորագրողների կողմից ցանկացած պահի: Չեղարկումը պետք է լինի գրավոր, ստորև ստորագրողների կողմից ստորագրված, և պետք է ներկայացվի NLACRC-ին վերոնշյալ հասցեով: Գրավոր չեղարկումը ուժի մեջ կմտնի ստանալու պահից, սակայն չի գործի այնքանով, որքանով դիմողը կամ մյուսները գործել են հիմնվելով այս թույլտվության վրա:

### ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏԱԳԱՎ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

NLACRC-ը կարող է հետագայում չտրամադրել սույն լիազորագրի ներքո ձեռք բերված տեղեկությունները, բացառությամբ դեպքերի, երբ ստացել է լրացուցիչ լիազորագիր կամ տրամադրումը հատուկ պահանջվում կամ թույլատրվում է օրենքով:

### ՆՇԵԼ ԳՐԱՌՈՒԹՄՆԵՐԸ

Նշեք տարբերակը և սկզբնական շրջանում տրամադրման ենթակա տեղեկատվության տեսակը.

- Բժշկական տեղեկատվություն.** Ծննդյան գրառումներ, գրասենյակային այցելություններ, ֆիզիկական զննումներ, զարգացման գնահատականներ, հիվանդանոց ընդունելության և դուրսգրման ամփոփագրեր:
- Հոգեբուժական/հոգեբանական տեղեկատվություն.** Գնահատումներ, դեղորայքի և բուժման գրառումներ, հիվանդանոցների ընդունման դուրսգրման ամփոփագրեր և ախտորոշիչ եզրակացություններ, այդ թվում՝ թեստերի արդյունքների թերթիկները:
- Դպրոցի/Քոլեջի և հոգեբանական ծառայությունների կամ մասնագիտական/վերականգնողական կենտրոնների գրառումներ.** AB3632 գնահատում, դեպքերի ուսումնասիրություններ, հոգեբանական, լսողական, խոսքի և լեզվի գնահատումներ, IEP-ի ամենամիջոցի և/կամ ընդհանուր գրառումներ:
- ՄԻԱՎ, ԶԻԱՀ, թմրանյութերի չարաշահման բուժում:**
- Այլ (նշել)**

*Ինդրում եմ, որ սույն լիազորագրի համաձայն հրապարակված առողջապահական տեղեկությունը օգտագործվի միայն հետևյալ նպատակներով. Այս գրառումները կօգտագործվեն NLACRC-ի կողմից տվյալ անձի համար համապատասխանության և համապատասխան ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու նպատակով:*

Ես հասկանում եմ, որ այս լիազորագրի տրամադրումը կամավոր է: Բուժումը, վնասումը, մասնակցությունը կամ նպաստ ստանալու իրավունքը չի կարող պայմանավորված լինել սույն լիազորագրի ստորագրումով: Ես իրավունք ունեմ ստանալու սույն լիազորագրի պատճենը իմ գրառումների համար: Սույն լիազորագրի պատճենն ուժի մեջ է, ինչպես բնօրինակը:

Ստացողի կամ ստացողի օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Տպագիր անունը

Ազգակցությունը, եթե ստորագրված է ոչ ստացողի կողմից

Ինդրում ենք լրացնել և ֆաքսն ամբողջությամբ ներկայացնել Intake Department (818) 756-6357 կամ էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել [intake@nlacrc.org](mailto:intake@nlacrc.org)

Էջ. 10/10



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

**ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՀԱՄԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՆԱԼ ԱՅՎ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԳԻՐ ԾԱՆՈԹԱՆԱԼ ԱՅՍ ՆՅՈՒԹԻ ՀԵՏ:**

Հյուսիսային Լոս Անջելեսի տարածաշրջանային կենտրոնը (NLACRC) օրենքով լիազորված է պահպանել ձեր Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության (PHI) գաղտնիությունը: PHI-ն այն տեղեկատվությունն է, որը նույնականացնում է ձեզ ցանկացած ձևով (էլեկտրոնային, գրավոր, բանավոր և որտեղ այլն). հավաքագված, ստեղծված, տրամադրված կամ ստացված NLACRC-ի կողմից ձեր նախկին, ներկա կամ ապագա ֆիզիկական/ հոգեկան առողջության կամ վիճակի վերաբերյալ: Մեզնից օրենքով պահանջվում է տրամադրել ձեզ՝ NLACRC-ի սպառողին, այս «Գաղտնիության կիրառումների մասին ծանուցումը» բացատրելով ձեր PHI-ի վերաբերյալ մեր իրավական պարտականությունները և գաղտնիության պահպանման պրակտիկան: Մենք նաև պարտավոր ենք հետևել սույն Ծանուցման ներկայիս տարբերակի պայմաններին: Այս ծանուցման մեջ «NLACRC», «մենք», «մեզ» և «մեր» տերմինները վերաբերում են Հյուսիսային Լոս Անջելեսի տարածաշրջանային կենտրոնին:

**ՄԵՆՔ ԿԱՐՈՂ ԵՆՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ ԵՎ ՀԱՅՏՆԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՆՎԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝ ԱՌԱՄՑ ՁԵՐ ԳՐԱՎՈՐ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ, ՀԵՏԵՎՅԱԼ ԻՐԱՎԻՃԱԿՆԵՐՈՒՄ:**

**Բուժում.** Մենք կարող ենք օգտագործել և տրամադրել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները առողջապահական և հարակից ծառայությունների տրամադրման, համակարգման և/կամ կառավարման համար: Օրինակ, մենք կարող ենք հայտնել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները դատական գործերի կառավարիչներին, բժիշկներին, բուժաշխատողներին, մատակարարներին, գործընկերներին, խնամակալներին, ընտանիքին և այլ անձանց, ովքեր ներգրավված են ձեր խնամքին, ինչպես NLACRC-ի ներսում, այնպես էլ՝ դրանից դուրս:

**Առողջապահական խնամքի գործողություններ.** Մենք կարող ենք օգտագործել և հայտնել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները մեր գործառնական իրավասությունները կատարելու համար: Օրինակ (բայց չսահմանափակվելով)՝ դատական գործերի կառավարման, որակի գնահատման և բարելավման, ռիսկերի նվազեցման, պետական և դաշնային մարմինների վերահսկողության, աուդիտի, վերապատրաստման և պաշտպանության հետ կապված միջոցառումները: Սա կարող է ներառել անհրաժեշտության դեպքում ձեր տեղեկություններով Կալիֆորնիայի Զարգացման Ծառայությունների (DDS) և Կալիֆորնիայի այլ տարածաշրջանային կենտրոնների հետ կիսվելը:

**Վճար.** Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները, օրինակ, որոշելու համար վճարելու մեր պատասխանատվությունը, կամ թույլ տալ մեզ վճարել և հավաքել վճարումը ձեր ստացած բուժման և առողջության հետ կապված ծառայությունների դիմաց:

**Պայմանավորվածությունների հիշեցումներ և ծանուցում.** Մենք կարող ենք ձեզ հետ կապ հաստատել պայմանավորվածությունների մասին կամ ձեզ տրամադրել այնպիսի տեղեկություններ, որոնք կարող են ձեզ հետաքրքրել:

**Հանրային առողջության միջոցառումներ.** Մենք կարող ենք տրամադրել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները Հանրային առողջության միջոցառումների համար, օրինակ, երբ այն կապված է հիվանդության, վնասվածքի կամ հաշմանդամության կանխարգելման հետ; որոշակի բժշկական պրոդուկտների դիտարկման և մոնիթորինգի համար:

**Դատական վարույթներ.** Մենք կարող ենք օգտագործել կամ տրամադրել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները դատական վարույթի համար, օրինակ՝ որպես վարչական լուսման մաս՝ ի պատասխան դատարանի որոշման կամ դատաքննության:

**Օրինապահ մարմիններ.** Մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկություններով իրավապահ մարմինների հետ, օրինակ՝ խուզարկության հրամանին արձագանքելու կամ հանցագործության մասին հայտնելու համար:

**Հետազոտություն.** Մենք կարող ենք օգտագործել կամ կիսել ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները NLACRC-ի և Ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից հաստատված հետազոտության համար, որը օրենքով պատասխանատու է հետազոտությունների վերանայման և հաստատման համար՝ պաշտպանելով մասնակիցների անվտանգությունը և պաշտպանված բժշկական տեղեկությունների գաղտնիությունը: Ցանկացած նման հետազոտության մասնակցության համար կարող է նաև պահանջվել ձեր հատուկ թույլտվությունը:

**Առողջության և անվտանգության լուրջ սպառնալիք կամ օգնություն աղետներից տուժածներին.** Մենք կարող ենք օգտագործել կամ կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով՝ կանխելու ձեր կամ մեկ այլ անձի առողջությանը և անվտանգությանը սպառնացող լուրջ/անմիջական վտանգը:

**Ազգային անվտանգություն.** Մենք կարող ենք տրամադրել պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները լիազորված դաշնային պաշտոնյաներին՝ հետախուզության և օրենքով սահմանված ազգային անվտանգության այլ գործողությունների համար:

**Պաթոլոգներ, դատաբժշկական փորձաքննություններ, թաղման կառավարիչներ և օրգանների նվիրատվություն.** Մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով այս գործակալությունների հետ, ինչպես կիրառելի է օրենքով, որպեսզի թույլ տանք այդ անձանց կատարել իրենց պաշտոնական պարտականությունները. օրինակ՝ մահացած անձի ինքնությունը պարզելու համար:

**Ուղղիչ ինստիտուտներ.** Եթե դուք գտնվում եք իրավապահ մարմինների կալանքի տակ, մենք կարող ենք կիսվել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով ուղղիչ հաստատությունների կամ իրավապահ մարմինների հետ՝ ըստ անհրաժեշտության, ձեր առողջության պահպանման համար:

**Օրենքով սահմանված կարգով.** Մենք կկիսվենք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններով, երբ այլ բան պահանջվի օրենքով:

#### **ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՎԱԿՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՅԼ ԿԻՐԱՌՈՒՄՆԵՐ**

Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության այլ օգտագործումը և բացահայտումը, որը նախատեսված չեն սույն ծանուցմամբ կամ մեր հանդեպ կիրառվող օրենքներով, կկատարվեն միայն ձեր գրավոր թույլտվությամբ: Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկություններն օգտագործելու կամ բացահայտելու թույլտվությունը, որը դուք տրամադրում եք մեզ, կարող է ցանկացած ժամանակ գրավոր չեղյալ համարվել: Եթե դուք չեղարկեք ձեր թույլտվությունը, դա կդադարեցնի ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների ցանկացած հետագա օգտագործումը կամ բացահայտումը ձեր գրավոր թույլտվությամբ նախատեսված նպատակների համար: Դուք հասկանում եք, որ մենք չենք կարող չեղարկել ձեր թույլտվությամբ արդեն իսկ արված որևէ բացահայտում, և որ մեզանից պահանջվում է պահպանել ձեզ տրամադրված խնամքի մասին մեր գրառումները: Կան ավելի խիստ պահանջներ պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների որոշ տեսակների օգտագործման և բացահայտման համար, օրինակ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի և ալկոհոլի օգտագործման բուժման վերաբերյալ գրառումները: Այս տիպի տեղեկությունը կարող է տրամադրվել միայն այդ՝ ավելի խիստ օրենքներին համապատասխան:



# North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900  
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450  
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

## ՊԱՇՏՊԱՆՎԱԾ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆ (PHI) ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԶԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ԵՆ.

**Ձեր գրառումները ստուգելու և պատճենելու իրավունք** Դուք իրավունք ունեք գրավոր դիմել սահմանված գրառումների հավաքածուներում ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները ստուգելու և պատճենելու համար: Եթե մերժեք դիմումը, մենք դա կանենք գրավոր կերպով՝ տրամադրելով մեր պատճառները: Դուք իրավունք ունեք դիմել այդ որոշման վերանայման համար:

**Ձեր գրառումներում փոփոխություններ պահանջելու իրավունք** Եթե դուք կարծում եք, որ ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները սխալ են կամ ոչ լիարժեք, դուք իրավունք ունեք գրավոր կերպով դիմել, որ մենք այն փոխենք՝ նշելով, թե ինչու է անհրաժեշտ կատարել ուղղումը կամ լրացումը: Եթե մենք մերժենք ձեր խնդրանքը, մենք դա կանենք գրավոր կերպով՝ ներկայացնելով մեր պատճառները, և դուք կարող եք ներկայացնել անհամաձայնության գրավոր հայտարարություն:

**Սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք** Դուք իրավունք ունեք գրավոր դիմել ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների օգտագործման կամ բացահայտման վերաբերյալ սահմանափակումների կիրառման համար: Դուք կարող եք խնդրել, որ ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները չկիսվեն ուրիշների հետ, օրինակ՝ ընտանիքի անդամի կամ ընկերոջ: Սակայն օրենքով մենք ստիպված չենք լինի համաձայնել ձեր խնդրանքին:

**Գաղտնի հաղորդակցման իրավունք հայցելու իրավունք** Դուք իրավունք ունեք գրավոր խնդրել, որ մենք հաղորդակցվենք ձեզ հետ որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում: Օրինակ՝ կարող եք խնդրել, որ մենք կապ հաստատենք ձեզ հետ միայն աշխատավայրում կամ փոստով: Եթե մենք կարողանանք ողջամտության կամ օրենքի սահմաններում համաձայնել ձեր խնդրանքին՝ մենք կհամաձայնենք:

**Տեղեկությունների տրամադրման հաշվառման իրավունք** Դուք իրավունք ունեք գրավոր պահանջել, որ մենք հաշվառենք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների բացահայտումները մինչև 6 տարի ժամանակահատվածում՝ մինչև ձեր հարցումը, բայց ոչ մինչև 2003 թվականի ապրիլի 14-ը կատարված բացահայտումների համար: Հաշվառումը չի ներառում բացահայտումը բուժման, առողջապահական գործառնությունների, վճարումների, ընդհանուր ծանուցումների նպատակներով, իրավապահ մարմիններին և ազգային անվտանգությանն ու ուղղիչ հիմնարկներին, ինչպես նաև օրենքով նախատեսված այլ դեպքերում: Բացի այդ, հաշվառումը չի ներառում բացահայտումներ, որոնց համար NLACRC-ն ստորագրված թույլտվություն ունեք, բացահայտումներ ձեզ, ձեր խնամող կամ ձեր անունից գործող անձանց:

**Սույն Ծանուցման թղթային պատճենի իրավունք** Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի ստանալ սույն Ծանուցման թղթային պատճենը՝ ըստ պահանջի: Պատճենները կարելի է ներբեռնել [www.nlacrc.org](http://www.nlacrc.org) հղմամբ, այն նաև կարող է տրամադրվել մեր գրասենյակներից յուրաքանչյուրի ընդունարանում կամ ձեր գործերի կառավարչի միջոցով:

**ՍՈՒՅՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՄԵՋ ՓՈՓՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ** Մենք իրավունք ենք վերապահում ցանկացած ժամանակ փոխել այս Ծանուցումը և մեր գաղտնիության գործելակերպը, եթե փոփոխությունը համապատասխանում է պետական և դաշնային օրենքներին: Ցանկացած վերանայված ծանուցում կկիրառվի և՛ պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների նկատմամբ, որոնք մենք արդեն ունենք ձեր մասին փոփոխության պահին, և՛ ցանկացած պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների նկատմամբ, որոնք կստեղծվեն կամ կստացվեն փոփոխությունն ուժի մեջ մտնելուց հետո: Ներկայիս Ծանուցման պատճենը կտեղադրվի NLACRC-ի բոլոր գրասենյակներում՝ հստակ և աչքի ընկնող վայրում: Եթե մենք փոխենք մեր Ծանուցումը, դուք կկարողանաք ձեռք բերել վերանայված Ծանուցման պատճենը NLACRC կայքից, ընդունարանից կամ ձեր գործերի կառավարչից:

**ՀԱՐՑԵՐ/ԲՈՂՈՔՆԵՐ** Եթե դուք ունեք հարցեր այս Ծանուցման կամ մեր գաղտնիության քաղաքանության կիրառման վերաբերյալ, կամ եթե դուք գրում եք ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունների մասին, ներառյալ դրա օգտագործման կամ բացահայտման սահմանափակումների մասին խնդրանքները կամ մեր գաղտնիության կիրառման վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու համար, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեով՝ NLACRC, Attn: HIPAA Privacy Officer, 9200 Oakdale Ave. Suite 100, Chatsworth, CA 91311 կամ զանգել 818-778-1900: Եթե կարծում եք, որ ձեր գաղտնիության իրավունքները խախտվել են, կարող եք նաև տեղեկացնել Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչության քարտուղարին (HHS): Բողոք ներկայացնելու դեպքում դուք եք տուգանվի:

**Welfare and Institutions Code, Section 4731**

**Սպառողի իրավունքների խախտման մասին բողոք ներկայացնելու գործընթաց**

Սպառողներն ու նրանց ընտանիքներն ունեն բողոք ներկայացնելու օրինական իրավունք, եթե գտնում են, որ իրենց իրավունքները խախտվել են կամ անհիմն կերպով մերժվել: Եթե բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել NLACRC պայմանագրի ադմինիստրատորին (818) 778-1900:

**Խնդրում ենք դիտել կցված Սպառողների իրավունքների բողոքարկման գործընթացը առցանց.**

<https://www.nlacrc.org/consumers-families/complaint-process>

**Եթե դուք գրանցված չեք քվեարկելու այնտեղ, որտեղ ապրում եք, կցանկանալի՞ք դիմել այսօր այստեղ քվեարկությունը կազմակերպելու համար:**

(Նշեք տարբերակներից մեկը)

- Արդեն գրանցված եմ: Ես գրանցված եմ քվեարկելու իմ ներկայիս բնակության հասցեում:
- Այո՛: Ցանկանում եմ գրանցվել քվեարկելու համար: (Խնդրում ենք լրացնել կցված ընտրողների գրանցման ձևը):
- Ոչ. Չեմ ցանկանում գրանցվել քվեարկելու համար:

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՉՆՇԵՔ ՈՐԵՎԷ ՏԱՐԲԵՐԱԿ, ԱՊԱ ԿՀԱՄԱՐՎԻ, ՈՐ ՈՐՈՇԵԼ ԵՔ ԱՅժՄՉԳՐԱՆՑՎԵԼ ՔՎԵԱՐԿԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ: ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՎԵՐՑՆԵԼ ԿՑՎԱԾ ՔՎԵԱՐԿՈՂՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՁԵՎԸ, ՈՐՊԵՍՉԻ ԳՐԱՆՑՎԵՔ ԸՍՏ ՁԵՐ ՀԱՐՄԱՐՈՒԹՅԱՆ:**

Դիմողի անուն

Ամսաթիվ

**Կարևոր նշումներ**

1. Գրանցվելու համար դիմելը կամ քվեարկության համար գրանցվելուց հրաժարվելը **չի** ազդի այս գործակալության կողմից ձեզ տրամադրվող օգնության չափի վրա:
2. Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ընտրողների գրանցման ձևը լրացնելու հարցում, մենք կօգնենք ձեզ: Օգնություն խնդրելու կամ ընդունելու որոշումը ձերն է: Ընտրողների գրանցման ձևը կարող եք լրացնել գաղտնի ձևով:
3. Եթե դուք հավատում եք, որ ինչ-որ մեկը միջամտել է գրանցվելու ձեր իրավունքին կամ հրաժարվել է գրանցել քվեարկելու ձեր իրավունքը, ձեր գաղտնի իրավունքը՝ քվեարկությանը գրանցվելու կամ չգրանցվելու, կամ ձեր սեփական քաղաքական կուսակցության նախընտրությունը կամ այլ քաղաքական գերատեսչություն ընտրելու իրավունքը, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Պետքարտուղարին՝ անվճար զանգելով (800) 345-VOTE (8683) կամ կարող եք գրել. Նահանգի պետքարտուղար, 1500 - 11<sup>th</sup> Street, Sacramento, CA, 95814. Ընտրությունների և քվեարկության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Պետքարտուղարի կայքը [www.sos.ca.gov](http://www.sos.ca.gov).