تاریخ

# اطلاعیه اقدام پیشنهادی

DS 1803 (Rev.11/01)

| | |
|---|---|
| نام درخواست دهنده/ دریافت کننده خدمات | شرکت کننده Waiver در خدمات خانه و خدمات محلی Medicaid<br>( یکی را علامت بزنید) بلی ☐ خیر ☐ |
| آدرس | تلفن |
| نام نماینده مجاز | |
| آدرس | تلفن |
| نام مرکز منطقه ای یا مرکز توسعه ایالتی | |

_____ بدین وسیله به اطلاع شما میرساند که اقدام پیشنهادی زیر ممکن است

( مرکز منطقه ای یا مرکز توسعه ایالتی)

روی خدمات شما تاثیر بگذارد

اقدام پیشنهادی:

دلیل اقدام:

تاریخ اجرا:

منبع اجرای اقدام ( قانون، مقررات و/ یا خط مشی که از اقدام حمایت کند):

## حق استیناف

- شما می توانید از طریق فرم تقاضای دادرسی عادلانه ضمیمه شده، استیناف خود را به بخش خدمات توسعه تسلیم کنید. در صورت لزوم، مرکز ناحیه ای یا مرکز توسعه ایالتی می تواند در پر کردن فرم به شما کمک کند. فرم تقاضای دادرسی عادلانه را به محل زیر ارائه دهید:

- کمک دفاعی در مورد استیناف خود را میتوانید از سازمانهای زیر دریافت کنید:
  - ← طرفدار حقوق ارباب رجوع محلی:
  - ← هیأت ناحیه محلی:
  - ← سازمان حمایت و دفاع.:
  - ← دیگر:

- **در صورتی که درخواست شما برای دادرسی عادلانه دارای مهر پستی بوده یا درظرف 10 روز پس از دریافت این اطلاعیه، توسط مرکز منطقه ای ویا مرکز توسعه ایالتی، دریافت شده باشد خدمات شما در طول مدت درخواست ادامه خواهد یافت.**

- **بروشور ضمیمه شده تحت عنوان "دادرسی عادلانه برای مصرف کنندگانی که سن آنها سه سال و یا بیشتر است " حقوق استیناف شما را مشخص کرده و اطلاعات را در مورد شیوه دادرسی عادلانه فراهم می کند.**