

التاريخ

إشعار بإجراء مقترح
استمارة رقم DS 1803 (روجع في 2009/7)

هل تستفيد من برنامج Medicaid وتشارك في برنامج ال-Waiver program المنبثق عن المجتمع المحلي؟ (ضع علامة في أحد المربعين) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إسم مقدم طلب الخدمات/المستفيد
الهاتف	العنوان
	إسم الممثل المفوض
الهاتف	العنوان
	إسم المركز الإقليمي أو مركز الولاية للنمو

يشعركم بموجب هذا أنه يقترح الإجراء التالي والذي قد يؤثر في

(المركز الإقليمي أو مركز الولاية للنمو)

نوعية الخدمات التي تحصلون عليها:

الإجراء المقترح:

سبب الإجراء:

يبدأ العمل به بتاريخ:

دافع اتخاذ الإجراء (القوانين أو القواعد و/أو السياسة التي يستند إليها هذا الإجراء):

الحق في الاستئناف

• يجوز لك تقديم طلب بالاستئناف لإدارة خدمات النمو باستخدام استمارة "طلب جلسة إنصاف" المرفقة. ويوجد المركز الإقليمي أو مركز الولاية للنمو رهن الإشارة لمساعدتك في تعبئة الاستمارة إن كنت في حاجة لذلك. قَدِّم استمارة طلب جلسة الإنصاف بعد تعبئتها إلى:

• يجوز لك الاستعانة بالمنظمات التالية المدافعة عن حقوق العملاء لمساعدتك في عملية الاستئناف:

← المدافع المحلي عن حقوق العملاء:

← هيئة المنطقة المحلية:

← Disability Rights California:

← هيئة أخرى:

• تتواصل الخدمات المقدمة لك خلال فترة الاستئناف إذا كان ختم البريد المطبوع على طلبك لجلسة الإنصاف، أو تاريخ استلامه من قبل المركز الإقليمي أو مركز الولاية للنمو، أيهما الأقرب تاريخاً، قبل مرور عشرة أيام من تاريخ استلامك لهذا الإشعار.

• تحدد المطبوعة المرفقة المعنونة "إجراء جلسة الإنصاف للعملاء من سن الثالثة وأكبر" حقوقك في الاستئناف وتقدم معلومات عن عملية جلسة الإنصاف.