

**ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԱՌԱՋԱՐԿՎԱԾ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ**

DS 1803 (Rev. 7/2009)

Ամիս, Ամսաթիվ, Տարի.

Ծառայության Համար Դիմողի/Ստացողի Անուն, Ազգանուն	Տնային Պայմաններում և Համայնքի Հիման Վրա Medicaid-ի Ծառայություններ Արդյոք p Waiver Ծրագրի Մասնակից եք (Ստուգեք միայն մեկը) <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հասցե.	Հեռախոս.
Լիազորված Ներկայացուցչի Անուն, Ազգանուն	
Հասցե.	Հեռախոս.

Տարածքային Կենտրոնի կամ Զարգացման Նահանգային Կենտրոնի Անվանումը.

\_\_\_\_\_ սույնով ձեզ տեղեկացնում է, որ առաջարկում է սկսել հետևյալ (Տարածքային կամ Զարգացման Նահանգային Կենտրոն) գործողությունը, որը կարող է ազդել ձեր ծառայություններին.

Առաջարկված գործողությունը.

Գործողության անհրաժեշտության պատճառը.

Օրինական ուժի մեջ մտնելու ամիս, ամսաթիվ, տարի.

Գործողության իրավասությունը (գործողությունը հովանավորող օրենքը, կանոնադրությունը և/կամ օրինական ուղեգիծը).

**ԲՈՂՈՔԱՐԿԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ**

- Դուք կարող եք Զարգացման Ծառայությունների Բաժին բողոք ներկայացնել օգտագործելով ներփակված Արդար Դատավարության Պահանջի փաստաթղթի ձևը: Անհրաժեշտության դեպքում տարածքային կենտրոնը կամ զարգացման նահանգային կենտրոնը պատրաստ են ձեզ աջակցելու փաստաթղթի ձևը լրացնելու համար: Արդար Դատավարության Պահանջի ամբողջացրած ձևը հանձնեք.
- Ձեր բողոքարկման համար խորհրդատվական աջակցական ծառայություններ կարող եք ձեռք բերել հետևյալ կազմակերպություններից.
  - ➔ Հաճախորդների Իրավունքների Տեղական Խորհրդատու.
  - ➔ Տեղամասի Խորհուրդ :
  - ➔ Disability Rights California
  - ➔ Այլ.
- ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԴՈՒՔ ԿՇԱՐՈՒՆԱԿԵՔ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄՏԱՆԱԼ, ԵԹԵ ԱՐԴԱՐ ԴԱՏԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՁԵՐ ՊԱՀԱՆՁԸ ՓՈՍՏԱԴՐՈՇՄՎԱԾ Է ԿԱՄ ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆԸ ԿԱՄ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԿԵՆՏՐՈՆԸ ԱՅՆ ՄՏԱՑԵԼ Է՝ ԱՅՍ ԵՐԿՈՒ ԴԵՊԲԵՐԻՑ ՎԱՂԱԺԱՄԸ, ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՄՏԱՆԱԼՈՒՑ ՈՉ ՈւՇ ՔԱՆ 10 ՕՐ ՀԵՏՈ:
- «Արդար Դատավարության Ընթացքը 3 Տարեկան և Բարձր Բաժանորդների Համար» անվանումով ներփակված գրքուկը բնորոշում է ձեր բողոքարկման իրավունքները և տեղեկություն է տրամադրում արդար դատավարության ընթացքի մասին: