

تاریخ

اطلاعیه اقدام پیشنهادی

DS 1803 (Rev. 7/2009)

شرکت کننده Waiver در خدمات خانه و خدمات
محلی Medicaid
(یکی را علامت بزنید) خیر بلی

نام درخواست دهنده/ دریافت کننده خدمات

تلفن

آدرس

نام نماینده مجاز

تلفن

آدرس

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 می توانید از سازمانهای زیر دریافت کنید:

← طرفدار حقوق ارباب رجوع محلی:

← هیأت ناحیه محلی:

← Disability Rights California:

← دیگر:

• در صورتی که درخواست شما برای دادرسی عادلانه دارای مهر پستی بوده یا در ظرف 10 روز پس از دریافت این اطلاعیه، توسط مرکز منطقه ای و یا 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.