

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ МЕРАХ
 DS 1803 (Rev. 7/2009)

Дата

Имя заявителя/получателя обслуживания

Участник программы услуг Medicaid Waiver на
дому и по месту жительства?
(Выбрать) Да Нет

Адрес

Телефон

Имя уполномоченного представителя

Адрес

Телефон

Название регионального центра или штатного центра по вопросам развития:

_____ настоящим уведомляет о намерении принять
 (Региональный или штатный центр по вопросам развития)
 следующие меры, которые могут отразиться на предоставляемых вам услугах:

Предполагаемые меры:

Причины принятия мер:

Дата вступления в силу:

Полномочия для принятия мер (законодательство, правила или и(или) принципы, обосновывающие данные меры):

ПРАВО НА ОБЖАЛОВАНИЕ

- Вы можете подать апелляционную жалобу в Управление по вопросам развития на прилагаемом бланке Запроса на беспристрастное слушание. При необходимости, региональный или штатный центр по вопросам развития окажет вам помощь в заполнении бланка. Заполненный бланк Запроса на беспристрастное слушание представлять по следующему адресу:
- Следующие организации могут оказать вам помощь в связи с вашей апелляцией:
 - ➔ Местная организация по защите прав клиентов:
 - ➔ Местное управление по вопросам инвалидности:
 - ➔ Disability Rights California:
 - ➔ Прочие организации:
- **ВАМ БУДУТ ПРОДОЛЖАТЬ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ УСЛУГИ В ТЕЧЕНИЕ АПЕЛЛЯЦИОННОГО ПРОЦЕССА, ЕСЛИ ВАШ ЗАПРОС НА БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ ИМЕЕТ ПОЧТОВЫЙ ШТАМП ИЛИ ПОЛУЧЕН РЕГИОНАЛЬНЫМ ИЛИ ШТАТНЫМ ЦЕНТРОМ ПО ВОПРОСАМ РАЗВИТИЯ, В ПОРЯДКЕ ПОСТУПЛЕНИЯ, НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**
- **В прилагаемой брошюре, озаглавленной “Процесс беспристрастного слушания для клиентов в возрасте 3 лет и старше”, приводятся ваши права на обжалование и дается информация о процессе беспристрастного слушания.**