

申诉申请表

DS 1821（版本号：03/2023）

如何申诉

- 您可以在DDS网站上提交电子版的申请表：<https://bit.ly/DDSAppealForm>
- 您可以通过电子邮件将所附表格发送至AppealRequest@dds.ca.gov
- 您可以将所附表格邮寄至以下地址：1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- 您可以将所附表格传真至以下号码：916-654-3641

您必须在规定时限内提交申诉申请。有两个截止日期。

- 如果您想在申诉期间继续接受当前服务，请遵守第一个截止期限：
 - 您的申请必须在收到NOA后的30天内、行动生效日期之前寄出（以邮戳为准）或递交至DDS。
 - 在申诉期间继续接受当前服务被称为援助支付未决。
- 第二个截止日期针对所有其他申诉申请。如果您的申诉申请是在收到NOA后的31至60天内提出的，在您申诉期间区域中心将执行决定。申诉申请必须在您收到NOA或善意确信声明函之日起60天内寄出（以邮戳为准）或送达DDS。

到哪里寻求帮助

在申诉期间，您可以寻求帮助。能够帮助您的人有：

- 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员，如果您开口求助的话。
- 您的客户权益倡导人（CRA），联系方式如下：
 - 北加州：(800) 390-7032，或
 - 南加州：(866) 833-6712，或
 - 在此处查找您所在区域中心的客户权益倡导人：
<https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- **监察专员**办公室：(877) 658-9731或ombudsperson@dds.ca.gov。如果您参加了自主决定计划，请发送电子邮件至sdp.ombudsperson@dds.ca.gov。
- 您也可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的区域中心可能会为您联系当地的家长支持团体或社区组织，他们或许会对您有所帮助。
- 如果您住在Porterville发展中心、Canyon Springs或一家STAR Home，您也可以向加州发育障碍理事会（State Council on Developmental Disabilities）求助：
 - Canyon Springs、Desert STAR、South STAR：(760) 770-0651
 - Porterville和Central STAR：(559) 782-2431
 - 总部：(408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

扫描二维码或点击链接即可访问“申诉资料包”。您可以了解申诉程序相关的额外信息。



<https://bit.ly/AppealsHome>

本次申诉的当事人是:

*必填项目

*名: *姓: *出生日期: 唯一的客户识别号 (UCI), 如有:

*街道地址: 公寓号:

*城市: *邮政编码:

*必须至少提供一种能联系到您的方式。

主要电话号码: 第二电话号码: 电子邮件地址:

如果是手机的话, 您愿意接收短信吗? 否 是 (可能会收取数据费用)

*此次申诉与哪家区域中心有关?

*您需要口译员吗? 是 否

*您偏好的语言是什么?

*申诉程序共有三部分。您可以使用其中一道或多道程序。如果您使用一道程序未能解决分歧, 您可以决定在随后使用其他程序。在下方选择您想要使用的程序。注: 如果您在下方选择视频, 您必须提供电子邮件地址。

<input type="checkbox"/> 非正式会议	您与区域中心主任或其指定人士会面。您与区域中心将尝试解决您的申诉诉求。 我希望我的非正式会议以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议
<input type="checkbox"/> 调解	您和区域中心与调解员会面。调解员是一位保持中立立场的人士。调解员会协助您和区域中心就您的申诉事项达成协议。 我希望我的调解会议以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议
<input type="checkbox"/> 听证会	您的听证会由听证官主持。听证官听取您和区域中心描述各自的情况。听证官会协助您摆明事实。听证官将保证听证会的公平, 以非正式的形式解决争议。随后听证官会对您的申诉做出裁决。 我希望我的听证会以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议

*您是否收到了区域中心随附的申诉申请文档?

如回答为是,

如果您收到了行动通知 (NOA), 您是在哪天收到的?

您认为您有资格继续接受当前服务吗？这称之为“援助支付未决”。

是 否

*区域中心提议采取的行动（勾选所有适用项）：

- 资格否决
- 资格终止
- 服务否决
- 服务缩减
- 服务终止

区域中心提议的行动生效日期是什么时候？

***提出申诉的原因：**

申诉申请人姓名（如果提出申请的人并非此次申诉的当事人）

名：

姓：

与此次申诉当事人的关系：

街道地址：

公寓号：

城市：

邮政编码：

主要电话号码：

第二电话号码：

电子邮件地址：

如果是手机的话，您愿意接收短信吗？ 否 是 （可能会收取数据费用）

申诉申请人签名：

日期：

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

代表授权

只有在您有授权代表的情况下才需要填写此部分。

本人，即本次申诉的当事人，授权以下人士在本次申诉中代我行事：

名： <input type="text"/>	姓： <input type="text"/>	与此次申诉当事人的关系： <input type="text"/>
街道地址： <input type="text"/>	公寓号： <input type="text"/>	
城市： <input type="text"/>	邮政编码： <input type="text"/>	
主要电话号码： <input type="text"/>	第二电话号码： <input type="text"/>	电子邮件地址： <input type="text"/>

如果是手机的话，您愿意接收短信吗？ 否 是 （可能会收取数据费用）

申诉当事人签名： <input type="text"/>	日期： <input type="text"/>
----------------------------------	-----------------------------

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

非空闲日期/时间

请写下您在接下来90天内的非空闲日期和时间，以避免将您的非正式会议、调解会议或听证会安排在这些日期和时间：

*提交此申诉申请的人或其授权代表的签名：

*日期：

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

NOA随附了您在申诉过程中享有的权利说明。也可以在此处查看您的权利：

<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Simplified-Chinese.pdf>