

BIỂU MẪU YÊU CẦU KHÁNG NGHỊ**DS 1821** (Phiên bản sửa đổi 03/2023)**CÁCH THỨC KHÁNG NGHỊ**

- Quý vị có thể gửi biểu mẫu này theo cách trực tuyến trên trang web của DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua email đến AppealRequest@dds.ca.gov
- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua đường bưu điện đến địa chỉ: 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua fax đến số 916-654-3641

Quý vị phải gửi yêu cầu kháng nghị đúng thời hạn. Có hai thời hạn chót.

- Thời hạn chót thứ nhất áp dụng nếu quý vị muốn giữ nguyên dịch vụ hiện tại của mình trong quá trình kháng nghị:
 - Yêu cầu của quý vị phải được đóng dấu bưu điện hoặc được DDS tiếp nhận không muộn hơn 30 ngày kể từ ngày quý vị nhận được NOA và trước khi diễn ra hành động.
 - Việc giữ nguyên các dịch vụ hiện tại của quý vị trong thời gian kháng nghị được gọi là quyền tiếp tục sử dụng dịch vụ trong lúc chờ giải quyết (aid paid pending).
- Thời hạn chót thứ hai áp dụng với tất cả các yêu cầu kháng nghị khác. Nếu yêu cầu kháng nghị của quý vị được nộp trong vòng từ 31 đến 60 ngày kể từ khi quý vị nhận được NOA thì quyết định của trung tâm khu vực sẽ vẫn diễn ra trong khi kháng nghị của quý vị sẽ vẫn tiếp tục. Yêu cầu kháng nghị phải được đóng dấu bưu điện hoặc được DDS tiếp nhận không muộn hơn 60 ngày kể từ ngày quý vị nhận được NOA hoặc Lá thư Bày tỏ Lòng tin Thiện chí (Good Faith Belief Letter).

TÌM KIẾM HỖ TRỢ Ở ĐÂU

Quý vị có thể tìm kiếm hỗ trợ cho yêu cầu kháng nghị của mình. Những người có thể hỗ trợ quý vị:

- Điều phối viên dịch vụ hay nhân viên khác của trung tâm khu vực, nếu quý vị đề nghị họ.
- Luật sư bảo vệ quyền thân chủ (CRA) của quý vị theo số:
 - (800) 390-7032 đối với khu vực Bắc California hoặc
 - (866) 833-6712 đối với khu vực Nam California hoặc
 - Tìm luật sư bảo vệ quyền thân chủ tại trung tâm khu vực của quý vị tại đây: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- Văn phòng [Thanh tra](#) theo số (877) 658-9731 hoặc ombudsperson@dds.ca.gov. Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Tự quyết định (Self-Determination Program), hãy gửi email đến địa chỉ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov.
- Quý vị cũng có thể tìm kiếm hỗ trợ từ một Trung tâm Nguồn lực Gia đình: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Trung tâm khu vực có thể giúp quý vị tìm một nhóm hỗ trợ phụ huynh hay tổ chức dựa vào cộng đồng tại địa phương để hỗ trợ quý vị.

- Nếu hiện đang được chăm sóc tại Trung tâm Phát triển Porterville, Trung tâm Cộng đồng Canyon Springs hay một Trung tâm STAR, quý vị cũng có thể tìm kiếm hỗ trợ từ Hội đồng Khuyết tật Phát triển của Tiểu bang:
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville và Central STAR (559) 782-2431
 - Trụ sở (408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

Quý vị có thể tìm “Tập Thông tin Kháng nghị” bằng cách sử dụng mã QR hay liên kết. Các nguồn lực này cung cấp thông tin bổ sung về quy trình kháng nghị.



<https://bit.ly/AppealsHome>

Yêu cầu Kháng nghị này áp dụng với những người sau:

*** Mục thông tin bắt buộc**

*Tên:

*Họ và Tên đệm

*Ngày sinh:

Mã định danh Khách hàng Duy nhất (UCI), nếu có:

*Địa chỉ Tên phố:

Số căn hộ:

*Thành phố:

*Mã bưu điện:

***Quý vị bắt buộc phải cung cấp một cách thức liên hệ.**

Số điện thoại chính:

Số điện thoại phụ:

Địa chỉ Email:

Nếu là Điện thoại Di động, quý vị có muốn nhận tin nhắn văn bản không?

☐ Không ☐ Có (Có thể áp dụng cước phí dữ liệu)

*Kháng nghị này liên quan đến trung tâm khu vực nào?

*Quý vị có nhu cầu sử dụng thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không

*Quý vị ưa thích sử dụng ngôn ngữ nào?

*Quy trình kháng nghị có ba bước. Quý vị có thể sử dụng một hay nhiều bước trong số ba bước này. Nếu không giải quyết được bất đồng bằng một bước của quy trình kháng nghị, quý vị có thể quyết định sử dụng các bước khác sau đó. **Lựa chọn bước mà quý vị muốn sử dụng bên dưới.**

Lưu ý: Nếu chọn video bên dưới, quý vị phải cung cấp địa chỉ email.

☐ Cuộc họp không chính thức	Quý vị họp với giám đốc trung tâm khu vực hay một người do họ lựa chọn. Quý vị và trung tâm khu vực sẽ cố gắng giải quyết kháng nghị của quý vị. Tôi muốn tổ chức cuộc họp không chính thức theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại
☐ Hòa giải	Quý vị và trung tâm khu vực họp với một người hòa giải. Người hòa giải là người trung lập. Người hòa giải giúp quý vị và trung tâm khu vực đạt được sự đồng thuận về kháng nghị của quý vị. Tôi muốn tổ chức buổi hòa giải theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại
☐ Điều trần	Phiên điều trần của quý vị được tổ chức với một Chuyên viên Điều trần. Chuyên viên Điều trần lắng nghe thông tin từ quý vị và trung tâm khu vực. Chuyên viên Điều trần giúp quý vị trình bày các dữ kiện của quý vị. Chuyên viên Điều trần đảm bảo phiên điều trần diễn ra công bằng và thân thiện. Sau đó Chuyên viên Điều trần sẽ đưa ra quyết định về kháng nghị của quý vị. Tôi muốn tổ chức phiên điều trần theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại

*Quý vị có nhận được một tài liệu từ trung tâm khu vực mà quý vị muốn kháng nghị không?
Nếu có,

Nếu quý vị đã nhận được Thông báo Hành động (NOA), quý vị nhận vào ngày nào?

Quý vị có cho rằng mình hội đủ điều kiện giữ nguyên các dịch vụ hiện tại của mình không? Đây được gọi là “quyền tiếp tục sử dụng dịch vụ trong lúc chờ giải quyết” (aid paid pending).

☐ Có ☐ Không

*Hành động đề xuất được thực hiện bởi trung tâm khu vực (đánh dấu tất cả các mục áp dụng):

- ☐ Từ chối Tiêu chí hội đủ điều kiện
- ☐ Chấm dứt Tiêu chí hội đủ điều kiện
- ☐ Từ chối Dịch vụ
- ☐ Cắt giảm Dịch vụ
- ☐ Chấm dứt Dịch vụ

Hành động của trung tâm khu vực dự kiến có hiệu lực vào ngày nào?

***(Các) lý do cho Kháng nghị này:**

Tên Người yêu cầu (nếu người thực hiện yêu cầu này không phải là chủ thể của kháng nghị này)

Tên: _____ Họ và Tên đệm: _____ Quan hệ với chủ thể của kháng nghị:

Địa chỉ Tên phố:

Số căn hộ:

Thành phố:

Mã bưu điện:

Số điện thoại chính:

Số điện thoại phụ:

Địa chỉ Email:

Nếu là điện thoại di động, quý vị có muốn nhận tin nhắn văn bản không?

☐ Không ☐ Có (Có thể áp dụng cước phí dữ liệu)

Chữ ký của Người yêu cầu:

Ngày:

Quý vị phải ký và ghi ngày vào chỗ trống ở trên. Có thể ký bằng mực hoặc chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

ỦY QUYỀN NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Chỉ hoàn thành mục này nếu quý vị có một Đại diện Theo Ủy quyền.

Tôi, chủ thể của kháng nghị này, ủy quyền cho người dưới đây đại diện cho tôi trong kháng nghị này:

Tên:	Họ và Tên đệm:	Quan hệ với chủ thể của kháng nghị:
Địa chỉ Tên phố:	Số căn hộ:	
Thành phố:	Mã bưu điện:	
Số điện thoại chính:	Số điện thoại phụ:	Địa chỉ Email:

Nếu là điện thoại di động, quý vị có muốn nhận tin nhắn văn bản không?

☐ Không ☐ Có (Có thể áp dụng cước phí dữ liệu)

Chữ ký của chủ thể của kháng nghị:

Ngày:

Quý vị phải ký và ghi ngày vào chỗ trống ở trên. Có thể ký bằng mực hoặc chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

NGÀY/KHUNG GIỜ KHÔNG THAM GIA ĐƯỢC

Vui lòng ghi bất kỳ ngày và khung giờ nào mà quý vị không tham gia được trong vòng 90 ngày tới để không xếp lịch tổ chức cuộc họp không chính thức, buổi hòa giải hay phiên điều trần của quý vị vào các ngày và khung giờ đó:

*Chữ ký của người gửi yêu cầu kháng nghị này hoặc của Đại diện Theo Ủy quyền:

*Ngày:

Quý vị phải ký và ghi ngày vào chỗ trống ở trên. Có thể ký bằng mực hoặc chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

Các quyền của quý vị trong quá trình kháng nghị được mô tả trong NOA. Các quyền đó cũng được liệt kê tại đây: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Vietnamese.pdf>