

إخطار بالإجراء

DS 1820 (Rev. 03/2023)

* حقول مطلوبة

*التاريخ:

رمز التعريف الفريد للعميل، إن وجد

*ما المركز الإقليمي المقدم لهذا الإخطار؟

العميل أو مقدم الطلب:

*الاسم الأول:

*الاسم الأخير:

*تاريخ الميلاد:

*رقم الهاتف الأساسي:

رقم الهاتف الإضافي:

*عنوان البريد الإلكتروني:

*عنوان الشارع:

رقم الشقة:

*المدينة:

*الرمز البريدي:

*هل العميل أو مقدم الطلب مشارك في الإعفاء الخاص بالخدمات المنزلية والمجتمعية لبرنامج Medicaid

(حدد خيارًا واحدًا) لا نعم

اسم الممثل المفوض: (إن وُجد)

*الاسم الأول:

*الاسم الأخير:

العلاقة بالمتظلم:

*رقم الهاتف الأساسي:

رقم الهاتف الإضافي:

عنوان البريد الإلكتروني:

*ما يقترح المركز الإقليمي اتخاذ من إجراءات (في حالة اقتراح أكثر من إجراء واحد، اختر كل الخيارات المناسبة):

 رفض الأهلية إنهاء الأهلية رفض الخدمة تقليص الخدمة إنهاء الخدمة

*تاريخ حدوث الإجراءات المقترحة:

*الإجراءات المقترحة:

*سبب الإجراءات المقترحة:

*حقائق وقوانين تؤيد الإجراءات المقترحة:

يُرجى الاطلاع على الصفحة التالية لمعرفة الخيارات المتاحة لك، وكيفية التظلم مما صدر من قرارات، وكيفية الحصول على المساعدة

الخيارات المتاحة لك

إذا كنت توافق على القرار المقترح في الإخطار المُرسَل إليك، فليس عليك القيام بأي شيء.

وإذا كنت لا توافق على القرار المقترح في الإخطار، فيحق لك تقديم تظلم. فالتظلم وسيلة لحل الخلاف مع مركزك الإقليمي. وتُرسل طلبات التظلم إلى إدارة الخدمات النمائية.

كيفية تقديم التظلم

- يمكنك إرسال استمارة طلب التظلم إلكترونياً عبر الموقع الإلكتروني لإدارة الخدمات النمائية: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة عبر البريد الإلكتروني إلى AppealRequest@dds.ca.gov
- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة بالبريد إلى العنوان الآتي: O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 1215
- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة عبر الفاكس إلى 916-654-3641

يجب عليك تقديم طلب التظلم في الوقت المحدد. وهناك مهلتان:

- المهلة الأولى في حالة رغبتك في مواصلة تلقي خدماتك الحالية كما هي أثناء التظلم:
 - يجب أن يُختم طلبك بختم البريد أو يُسَلَّم إلى إدارة الخدمات النمائية في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلامك لإخطار اتخاذ الإجراء وقبل اتخاذ الإجراء.
 - يُطلق على استمرار تلقي الخدمات الحالية أثناء التظلم حق "استمرار المساعدة إلى حين البت في التظلم".
- أما المهلة الثانية فهي لجميع طلبات التظلم الأخرى. إذا قُدِّم طلب التظلم بعد انقضاء ما يتراوح من 31 يوماً إلى 60 يوماً من تاريخ تسلمك لإخطار الإجراء، فسيُنقَد قرار المركز الإقليمي في أثناء استمرار تظلمك. ويجب أن تُختم طلبات التظلم بختم البريد أو تُسَلَّم إلى إدارة الخدمات النمائية في موعد لا يتجاوز 60 يوماً من تاريخ استلامك لإخطار الإجراء.

أماكن الحصول على المساعدة

يمكنك الحصول على مساعدة في طلب التظلم من الأشخاص التالي ذكرهم:

- منسق الخدمة الخاص بك، أو غيره من موظفي المركز الإقليمي، إذا طلبت منهم ذلك.
- المدافع عن حقوق العملاء عبر الهاتف رقم:
 - 390-7032 (800) بالنسبة لسكان شمال كاليفورنيا،
 - أو 833-6712 (866) بالنسبة لسكان جنوب كاليفورنيا،
 - أو يمكنك العثور على معلومات الاتصال بالمدافع عن حقوق العملاء في مركزك الإقليمي من هنا: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- مكاتب أمين المظالم عبر الهاتف رقم 658-9731 (877) أو البريد الإلكتروني: ombudsperson@dds.ca.gov. وإذا كنت في برنامج تقرير المصير، فأرسل بريداً إلكترونياً إلى sdp.ombudsperson@dds.ca.gov بدلاً من ذلك.
- يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من مركز موارد الأسرة من خلال: <https://frnca.org/get-connected>.
- قد يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للأباء أو منظمة مجتمعية يمكنها مساعدتك.
- إذا كنت تعيش في مركز بورترفيل للخدمات النمائية أو مرفق كانيون سبرينغز أو أحد مرافق الاستقرار والتدريب والمساعدة وإعادة الإدماج (STAR)، فيمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من مجلس الولاية للإعاقات النمائية:
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville and Central STAR (559) 782-2431
 - Headquarters (408) 834-2458
 - [./https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates](https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates)

يمكن الحصول على "كتيب معلومات التظلمات" باستخدام رمز الاستجابة السريعة أو الرابط التالي. ويقدم هذا الكتيب معلومات إضافية عن إجراءات التظلم.

<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Arabic.pdf>

