**ԳՈՐԾՈՂՈՒԹԵԱՆ ՄԱՍԻՆ ԱԶԴ (NOA) \*** Պահանջուած պատասխաններ

**DS 1820 (Rev. March 2023)**

**\***ԹՈՒԱԿԱՆ.

**\***Ո՞ր շրջանային կեդրոնը ձեզի այս NOA-ը կը տրամադրէ: Յաճախորդին ինքնութիւնը

հաստատող թիւ (UCI), եթէ կայ

Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը.

**Օգտուող կամ դիմող.**

**\***Անուն. **\***Մականուն. **\***Ծննդեան թուական.

**\***Հիմնական հեռաձայնի թիւ. Երկրորդական հեռաձայնի թիւ. **\***Ե-նամակի հասցէ.

Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը. Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը.

**\***Փողոցի հասցէ. Յարկաբաժինի թիւ.

**\***Քաղաք. **\*** Zip.

**\***Արդեօ՞ք օգտուողը կամ դիմողը Medicaid-ի տնային եւ համայնքային ծառայութիւններու Waiver-ի մասնակից է:

(Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը)  **Այո  Ոչ**

**Լիազօր ներկայացուցիչին անունը. (Եթէ կիրարկելի է)**

Անուն. Մականուն. Յարաբերութիւնը դիմողին հետ.

Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը.

Հիմնական հեռաձայնի թիւ. Երկրորդական հեռաձայնի թիւ. Ե-նամակի հասցէ.

Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը. Ընտրեցէ՛ք տարբերակ մը.

**\*Այն գործողութիւն(ներ)ը, որոնք շրջանային կեդրոնը կ'առաջարկէ առնել (Եթէ մէկէ աւելի գործողութիւն առաջարկուած է, ընտրեցէ՛ք բոլոր անոնք, որոնք կիրարկելի են).**

Իրաւասութեան մերժում

Իրաւասութեան դադրեցում

Ծառայութեան մերժում

Ծառայութեան նուազեցում

Ծառայութեան դադրեցում

**\* Տեղի ունենալիք առաջարկուած գործողութեան (ներուն) թուականը.**

Click or tap to enter a date.

**\*Առաջարկուած գործողութիւնը (ները).**

**\*Առաջարկուած գործողութեան (ներու) պատճառը.**

**\*Առաջարկուած գործողութեան (ներուն) աջակցող փաստեր եւ օրէնքներ.**

**Կը խնդրենք ստուգել յաջորդ էջը՝ տեսնելու ձեր ընտրանքները, եւ տեղեկանալու, թէ ի՛նչ ձեւով կարելի է այս որոշումին (ներուն) դէմ բողոքել եւ ինչպէ՛ս օգնութիւն ստանալ:**

**ՁԵՐ ԸՆՏՐԱՆՔՆԵՐԸ**

Եթէ դուք համաձայն էք ձեր NOA-ին մէջ առաջարկուած որոշումին, ուրեմն պէտք չունիք որեւէ քայլի դիմելու:

Եթէ դուք համաձայն չէք ձեր NOA-ին մէջ առաջարկուած որոշումին, դուք իրաւունք ունիք բողոք կատարելու: Բողոքը միջոց մըն է ձեր շրջանային կեդրոնին հետ տարակարծութիւն մը լուծելու համար: Բողոքի դիմումները Զարգացման ծառայութիւններու բաժանմունքին (DDS) կը ղրկուին:

**ԻՆՉՊԷ՞Ս ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՄՈՒՄ ԿԱՏԱՐԵԼ**

* Կրնաք բողոքի դիմումի ելեկտրոնային ձեւաթուղթը ներկայացնել DDS-ի կայքէջին վրայ՝ <https://bit.ly/DDSAppealForm>
* Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը ղրկել հետեւեալ ե-նամակի հասցէին՝ [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը նամակատան միջոցով ղրկել հետեւեալ հասցէին՝ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը ղրկել ֆաքսի միջոցով՝ 916-654-3641 թիւին

Պէտք է ձեր բողոքի դիմումը ժամկէտին մէջ ամբողջացնել: Կան երկու ժամկէտներ:

* Առաջին ժամկէտը այն է, երբ դուք կը փափաքիք ձեր ընթացիկ ծառայութիւնները պահել այնպէս ինչպէս որ են՝ ձեր բողոքի գործընթացին ժամանակ.
  + Ձեր դիմումը պէտք է ղրկուի նամակատան կնիքով կամ ստացուի DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 30 օրը՝ ձեր NOA-ը ստանալէն եւ նախքան գործողութիւններու իրականացումէն:
  + Ձեր ներկայ ծառայութիւնները բողոքի գործընթացին ժամանակ նոյնը պահելը կը կոչուի «aid paid pending»:
* Երկրորդ ժամկէտը կը վերաբերի բոլոր այլ բողոքներու պահանջներուն: Եթէ ձեր բողոքի պահանջը ներկայացուած է ձեր NOA-ը ստանալէն 31-էն 60 օրուան ընթացքին, շրջանային կեդրոնին որոշումը տեղի կ'ունենայ մինչ ձեր բողոքը կը շարունակուի: Բողոքի պահանջները պէտք է ղրկուին նամակատան կնիքով կամ ստացուին DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 60 օրը՝ այս NOA-ը ստանալու օրէն:

**ՈՒՐԿԷ՞ ՕԳՆՈՒԹԻՒՆ ՍՏԱՆԱԼ**

Կրնաս օգնութիւն ստանալ բողոքի դիմելու գործընթացին մէջ: Այն անձերը, որոնք կրնան ձեզի օգնել.

* Ձեր ծառայութիւններու համակարգողը, կամ շրջանային կեդրոնի պաշտօնեան, եթէ անոնց դիմես:
* Ձեր յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը (CRA)` կապուելով հետեւեալ հեռաձայնի թիւերուն.
  + - (800) 390-7032 Հիւսիսային Քալիֆորնիայի համար, կամ
    - (866) 833-6712 Հարաւային Քալիֆորնիայի համար, կամ
    - Գտնել ձեր շրջանային կեդրոնին յաճախորդներու իրաւունքներու պաշտպանը այստեղ՝ <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* [Մարդկային իրաւունքներու պաշտպանի](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) գրասենեակները՝ (877) 658-9731 հեռաձայնի թիւով կամ [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) ե-նամակի հասցէով: Եթէ դուք Ինքնորոշման ծրագիրին մաս կը կազմէք, գրեցէ՛ք այս ե-նամակի հասցէին՝ [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov):
* Կրնաք նոյնպէս օգնութիւն ստանալ Ընտանեկան աղբիւրներու կեդրոնէն՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:
* Ձեր շրջանային կեդրոնը կրնայ գտնել ընտանեկան աջակցութեան տեղական խումբ մը կամ համայնքային կազմակերպութիւն մը, որ կրնայ ձեզի օգտակար դառնալ:
* Եթէ կ'ապրիք Փորթըրվիլի Զարգացման կեդրոնին մէջ, Քանյըն Սփրինկզ, կամ STAR Home, կրնաք օգնութիւն ստանալ Զարգացման հաշմանդամութիւն ունեցող անձերու Պետական խորհուրդին կողմէ:
  + - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
    - Porterville եւ Central STAR (559) 782-2431
    - Կեդրոնատեղի (408) 834-2458
    - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>.

**«Բողոքներու տեղեկութիւններու ծրարը» կարելի է գտնել օգտագործելով QR քոտը կամ վարը նշուած յղումը: Ծրարը յաւելեալ տեղեկութիւններ կու տայ բողոքի գործընթացին վերաբերեալ:**

<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

