**УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ (NOA) \*** Обязательные поля

**DS 1820 (Ред. March 2023)**

**\***ДАТА:

**\***Каким региональным центром предъявлено это NOA? Уникальный идентификатор

клиента (UCI), если имеется

Выберите вариант ответа

**Клиент или заявитель:**

**\***Имя: **\***Фамилия: **\***Дата рождения:

**\***Основной номер телефона: Дополнительный номер телефона: **\***Адрес эл. почты:

Выберите вариант ответа Выберите вариант ответа

**\***Улица и номер дома: Номер квартиры:

**\***Город:Почтовый индекс:

**\***Является ли клиент или заявитель участником альтернативной программы Medicaid по обслуживанию на дому или по месту жительства?

(Отметьте подходящий вариант) [ ]  **Да** [ ]  **Нет**

**Имя уполномоченного представителя (если применимо):**

Имя: Фамилия: Отношение к заявителю:

 Выберите вариант ответа

Основной номер телефона: Дополнительный номер телефона: Адрес эл. почты:

Выберите вариант ответа Выберите вариант ответа

**\*Действие, которое региональный центр предлагает предпринять (если предлагается более одного действия, отметьте все подходящие):**

[ ]  Отказ в исходном праве на обслуживание

[ ]  Прекращение права на обслуживание

[ ]  Отказ в предоставлении услуги

[ ]  Сокращение объема услуг

[ ]  Прекращение обслуживания

**\*Дата выполнения предлагаемого(-ых) действия(-й):**

Click or tap to enter a date.

**\*Предлагаемое(-ые) действие(-я):**

**\*Причина предлагаемого(-ых) действия(-й):**

**\*Факты и законы в обоснование предложенного(-ых) действия(-й):**

**На следующей странице вы найдете информацию о том, какие варианты действий у вас есть, как обжаловать данное(-ые) решение(-я) и как получить помощь.**

**ДОСТУПНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕЙСТВИЙ**

Если вы согласны с решением, предложенным в вашем Уведомлении о действии (NOA), вам не нужно ничего предпринимать.

Если вы не согласны с предложенным решением, вы имеете право подать апелляцию. Апелляция — это способ разрешить разногласие с вашим региональным центром. Запросы на апелляцию направляются в Департамент социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии (Department of Developmental Services, DDS).

**КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ**

* Запрос на апелляцию можно подать в электронном виде на сайте DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
* Прилагаемую форму можно отправить по электронной почте на адрес AppealRequest@dds.ca.gov
* Прилагаемую форму можно отправить по почте на адрес 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* Прилагаемую форму можно отправить по факсу на номер 916-654-3641

Вы должны подать запрос на апелляцию вовремя. Установлены два вида сроков.

* Первый возможный срок предусмотрен для случаев, когда вы хотите сохранить текущий объем услуг на период рассмотрения апелляции:
	+ Ваш запрос должен быть проштемпелеван или получен Департаментом не позднее чем через 30 дней после предъявления вам NOA и до момента исполнения действия.
	+ Сохранение текущего объема услуг на период рассмотрения апелляции называется «продлением помощи в ожидании решения».
* Второй возможный срок подачи предусмотрен для всех остальных запросов на апелляцию. Если запрос на апелляцию подается через 31–60 дней после получения NOA, решение регионального центра будет исполнено в период рассмотрения апелляции. Запросы на апелляцию должны быть проштемпелеваны или получены Департаментом не позднее чем через 60 дней после получения NOA.

**ГДЕ ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ**

Вы можете получить помощь в подаче запроса на апелляцию. Вам могут помочь следующие лица:

* ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
* правозащитник вашего клиента, с которым можно связаться по телефону:
	+ - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
		- (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
		- найдите правозащитника для клиента в региональном центре по ссылке: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>;
* [уполномоченный по правам человека](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/), с которым можно связаться по телефону (877) 658-9731 или по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov. Если вы являетесь участником программы самоопределения, направьте письмо по адресу sdp.ombudsperson@dds.ca.gov.
* Вы также можете получить помощь в Семейном информационном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
* Ваш региональный центр может помочь вам найти местную группу поддержки для родителей или местную общественную организацию, где вам окажут помощь.
* Если вы проживаете в Портервильском развивающем центре (Porterville Developmental Center), социальном центре Canyon Springs или доме-интернате STAR, вы также можете получить помощь от Государственного совета по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities):
	+ - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR: (760) 770-0651
		- центр в Портервилле и Central STAR: (559) 782-2431
		- главное управление: (408) 834-2458
		- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>.

**Доступ к «Информационному пакету о порядке подачи и рассмотрения апелляций» (Appeals Information Packet) можно получить с помощью QR-кода или ссылки ниже. В пакете содержится дополнительная информация о процессе обжалования решений.**

<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

