

استمارة طلب التظلم
DS 1821 (Rev. 03/2023)

كيفية تقديم التظلم

- يمكنك إرسال الاستمارة 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 وقيل اتخذ الإجراء.
 - ويُطلق 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، فسيُنَفَّذ 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 أو خطاب الاعتقاد الحسن النية.

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://frcnca.org/get-connected>.
- قد يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للآباء 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>



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>

طلب التظلم هذا خاص بالشخص التالي:

***حقول مطلوبة**

الاسم الأول:	*الاسم الأخير:	*تاريخ الميلاد:	رمز التعريف الفريد للعميل، إن وجد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*عنوان الشارع:	رقم الشقة:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
*المدينة:	*الرمز البريدي:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
رقم الهاتف الأساسي:	رقم الهاتف الإضافي:	عنوان البريد الإلكتروني:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

في حالة تقديم رقم الهاتف المحمول، هل ترغب في تلقي رسائل نصية؟ لا نعم (قد تتكبد في هذه الحالة تكلفة نظير استخدام البيانات في الهاتف)

*ما المركز الإقليمي الذي يتعلق به هذا التظلم؟

*هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ نعم لا

*ما اللغة التي تفضلها؟

*تتألف عملية التظلم من ثلاثة إجراءات. ويمكنك استخدام إجراء واحد أو أكثر من هذه الإجراءات. وإذا لم يُحلّ خلافك باستخدام إجراء منها، فيمكنك استخدام إجراء آخر بعده. اختر الإجراءات التي تريد استخدامها أدناه. **ملحوظة:** في حالة اختيار طريقة الفيديو أدناه، فيجب عليك تقديم عنوان بريد إلكتروني.

<input type="checkbox"/> اجتماع غير رسمي	تلتقي بمدير المركز الإقليمي أو الشخص الذي يختاره. ستحاول أنت والمركز الإقليمي حل تظلمك. أريد أن يُعقد الاجتماع غير الرسمي: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف
<input type="checkbox"/> الوساطة	تلتقي أنت والمركز الإقليمي مع وسيط. والوسيط هو شخص محايد يتولى مساعدتك أنت والمركز الإقليمي على التوصل إلى اتفاق بشأن تظلمك. أريد أن تُعقد جلسة الوساطة: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف
<input type="checkbox"/> جلسة استماع	ستُعقد جلسة الاستماع مع مسؤول الجلسة وسيستمع مسؤول جلسة الاستماع إلى المعلومات منك ومن المركز الإقليمي. وسيساعدكما على عرض الوقائع وسيجعل جلسة الاستماع عادلة وغير رسمية. ثم يتخذ مسؤول جلسة الاستماع قرارًا بشأن تظلمك. أريد أن تُعقد الجلسة: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف

*هل تسلمت وثيقة من المركز الإقليمي ترغب في التظلم منها؟
إذا كانت الإجابة نعم،

إذا تسلمت إخطارًا بإجراء، فما تاريخ تسلمه؟

هل تعتقد أنك مؤهل للاستمرار في تلقي خدماتك الحالية؟ يسمى ذلك "استمرار المساعدة إلى حين البت في التظلم".
نعم لا

*الإجراء المقترح اتخاذه من جانب المركز الإقليمي (اختر جميع الخيارات المناسبة):

- رفض الأهلية
 إنهاء الأهلية
 رفض الخدمة
 تقليص الخدمة
 إنهاء الخدمة

ما التاريخ المقترح لسريان إجراء المركز الإقليمي؟

*سبب (أسباب) هذا التظلم:

اسم مقدم الطلب (إذا لم يكن مُقَدِّم الطلب هو الشخص المعني بالتظلم)
الاسم الأول: الاسم الأخير:

علاقته بالشخص المعني بالتظلم:

رقم الشقة:

عنوان الشارع:

الرمز البريدي:

المدينة:

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف الإضافي:

رقم الهاتف الأساسي:

في حالة تقديم رقم الهاتف المحمول، هل ترغب في تلقي رسائل نصية؟ لا نعم (قد تتكبد في هذه الحالة تكلفة نظير استخدام البيانات في الهاتف)

التاريخ:

توقيع مُقَدِّم الطلب:

يجب عليك التوقيع وذكر التاريخ في المكان المخصص لذلك أعلاه. ويجوز التوقيع بالحبر أو إلكترونيًا. وبكتابة اسمك، توافق على أنك وقعت على هذه الاستمارة توقيعًا إلكترونيًا.

تفويض الممثل

لا تكمل هذا القسم إلا إذا كان لديك ممثل مفوض.

أنا، الشخص المعني بالتظلم، أفوض الشخص التالي لينوب عني في هذا التظلم:

علاقته بالشخص المعني بالتظلم:	الاسم الأخير:	الاسم الأول:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم الشقة:	عنوان الشارع:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الرمز البريدي:	المدينة:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
عنوان البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف الإضافي:	رقم الهاتف الأساسي:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

في حالة تقديم رقم الهاتف المحمول، هل ترغب في تلقي رسائل نصية؟ لا نعم (قد تتكبد في هذه الحالة تكلفة نظير استخدام البيانات في الهاتف)

التاريخ:

توقيع الشخص المعني بالتظلم:

يجب عليك التوقيع وذكر التاريخ في المكان المخصص لذلك أعلاه. ويجوز التوقيع بالحبر أو إلكترونياً. وبكتابة اسمك، توافق على أنك وقعت على هذه الاستمارة توقيعاً إلكترونياً.

التواريخ/ الأوقات التي لن تكون متاحاً فيها

يرجى كتابة أي تواريخ وأوقات لن تكون متاحاً فيها خلال الأيام التسعين القادمة لكي لا يُحدّد موعد الاجتماع غير الرسمي أو جلسة الوساطة أو جلسة الاستماع خلال تلك التواريخ والأوقات:

*التاريخ:

*توقيع الشخص المُقدم لطلب التظلم، أو ممثله المفوض:

يجب عليك التوقيع وذكر التاريخ في المكان المخصص لذلك أعلاه. ويجوز التوقيع بالحبر أو إلكترونياً. وبكتابة اسمك، توافق على أنك وقعت على هذه الاستمارة توقيعاً إلكترونياً.

الحقوق التي تتمتع بها في أثناء عملية التظلم قُدمت مع إخطار الإجراء. وترد تلك الحقوق هنا أيضاً: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Arabic.pdf>