

ԲՈՂՈՔԻ ՊԱՅԱՆՁԻ ԶԵԿԱԹՈՒՐԹ

DS 1821 (Rev. 03/2023)

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔԻ ԴԻՍՈՒՍ ԿԱՏԱՐԵԼ

- Կրնաք ելեկտրոնային ձեւաթուղթը ներկայացնել DDS-ի կայքէջին վրայ. <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը դրկել հետեւեալ Ե-նամակի հասցէին՝ AppealRequest@dds.ca.gov
- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը նամակատան միջոցով դրկել հետեւեալ հասցէին՝ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Կրնաք կցուած ձեւաթուղթը դրկել ֆաքսի միջոցով՝ 916-654-3641 թիւին

Պետք է ձեր բողոքի դիմումը ժամկետին մէջ ամբողջացնել: Կան երկու ժամկետներ:

- Առաջին ժամկետը այն է, երբ դուք կը փափաքիք ձեր ընթացիկ ծառայությունները պահել այնպէս ինչպէս որ են՝ ձեր բողոքի գործընթացին ժամանակ.
 - Ձեր դիմումը պետք է դրկուի նամակատան կնիքով կամ ստացուի DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 30 օրը՝ ձեր NOA-ը ստանալէն եւ նախքան գործողություններու իրականացումէն:
 - Ձեր ներկայ ծառայությունները բողոքի գործընթացին ժամանակ նոյնը պահելը կը կոչուի «aid paid pending»:
- Երկրորդ ժամկետը 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 պետք է դրկուին նամակատան կնիքով կամ ստացուին DDS-ին կողմէ ոչ աւելի ուշ, քան 60 օրը՝ NOA-ը կամ Բարեխիղճ հաւատքի նամակը (Good Faith Belief Letter) ստանալու օրէն:

ՈՒՐԿԵ՝ ՕԳՆՈՒԹԻՒՆ ՍՏԱՆԱԼ

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

- Ձեր ծառայություններու համակարգողը, կամ շրջանային կեդրոնի պաշտօնէան, 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 գրասենեակները՝ (877) 658-9731 հեռաձայնի թիւով կամ 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:
- 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 Փորթըրլիի Չարգացման կեդրոնին մէջ, Քանյոն Սփրինկզ, կամ STAR Home, կրնաք նաեւ օգնութիւն ստանալ Չարգացման 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: Անոնք յաւելեալ
տեղեկութիւններ կու տան բողոքի
գործընթացին վերաբերեալ:



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

Այս բողոքի դիմումը հետեւեալ անձին համար է.

* Պահանջուած բաժիններ

*Անուն.

*Մականուն

*Ծննդեան թուական.

Յաճախորդի ինքնութիւնը հաստատող
թիւ (UCI), եթէ կիրարկելի է.

*Փողոցի հասցէ.

Յարկաբաժնի թիւ.

*Քաղաք.

* Zip.

*Ձեզի հետ կապ հաստատելու մէկ միջոց պահանջուած է:

Հիմնական հեռաձայնի թիւ.

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ.

Ե-նամակի հասցէ.

Եթէ բջիջային հեռաձայն է, կ'ուզե՞ք text հաղորդագրութիւններ ստանալ: ☐ Ոչ ☐ Այո (հաւանական վճարում կիրարկելի է)

*Այս բողոքը ո՞ր շրջանային կեդրոնին կը վերաբերի:

*Թարգմանիչի կարիքը ունի՞ք: ☐ Այո ☐ Ոչ

*Ո՞ր լեզուն կը նախընտրէք:

*Բողոքներու գործընթացը երեք մասերէ կը բաղկանայ: Կրնաք մէկ կամ մեկէ աւելի բաժիններ օգտագործել: Եթէ
ձեր անհամաձայնութիւնը չլուծուի մէկ բաժին գործածելով, կրնաք հետագային որոշել միւս մասերն ալ օգտագործել:
Ընտրեցէ՛ք այն մասերը, որոնք կ'ուզէք օգտագործել: Նշում.Եթէ վիտեօ ընտրեք, պետք է ձեր Ե-նամակի
հասցէն տրամադրէք:

☐ Ոչ պաշտօնական
հանդիպում

Կը հանդիպիք շրջանային կեդրոնի տնօրէնին կամ իրենց կողմէ ճշդուած
անձի մը հետ: Դուք եւ ձեր շրջանային կեդրոնը կը փորձէք ձեր բողոքը լուծել:
Ես կ'ուզեմ, որ ոչ պաշտօնական հանդիպումը ըլլայ՝
☐ Դեմ-դիմաց ☐ Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ
☐ հեռաձայնի միջոցով

☐ Միջնորդութիւն

Դուք եւ շրջանային կեդրոնը կը հանդիպիք միջնորդի մը հետ: Միջնորդը
անկողմնակալ անձ մըն է: Միջնորդը ձեզի եւ շրջանային կեդրոնին կ'օգնէ
ձեր բողոքին մասին համաձայնութեան գալու:
Ես կ'ուզեմ, որ միջնորդութիւնը ըլլայ՝
☐ Դեմ-դիմաց ☐ Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ
☐ հեռաձայնի միջոցով

Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու
օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ
պատասխանատուութեան օրէնք:

☐ **Լսում**

Ձեր լսումը կը կատարուի լսումի պաշտօնեայի մը հետ: Լսումի պաշտօնեան կը լսէ ձեր եւ շրջանային կեդրոնին տուած տեղեկությունները: Լսումի պաշտօնեան ձեզի կ'օգնէ ձեր փաստերը յայտնաբերելու: Լսումի պաշտօնեան լսումը արդար եւ ոչ պաշտօնական կը դարձնէ: Ապա լսումի պաշտօնեան որոշում կը կայացնէ ձեր բողոքին վերաբերեալ:

Ես կ'ուզեմ, որ լսումս ըլլայ՝

- ☐ Դեմ-դիմաց ☐ Վիտեոյի միջոցով, եւ/կամ
☐ հեռաձայնի միջոցով

*Շրջանային կեդրոնէն ստացա՞ծ էք փաստաթուղթ մը, որուն մասին կ'ուզէք բողոք ներկայացնել:
Եթէ այո,

Եթէ Գործողութեան մասին ազդ (NOA) ստացած էք, ո՞ր թուականին ստացած էք զայն:

Կը կարծէ՞ք, որ դուք իրաւասու էք ձեր ներկայ ծառայությունները պահելու: Ասիկա կը կոչուի «aid paid pending»:
☐ Այո ☐ Ոչ

*Շրջանային կեդրոնին կողմէ իրականացուող առաջարկուած գործողությունը (ընտրեցէ՞ք բոլոր անոնք, որոնք կ'իրարկելի են).

- ☐ Իրաւասութեան մերժում
☐ Իրաւասութեան դադրեցում
☐ Ծառայութեան մերժում
☐ Ծառայութեան նուազեցում
☐ Ծառայութեան դադրեցում

Ե՞րբ է շրջանային կեդրոնի գործողութեան առաջարկուող թուականը:

***Բողոքի պատճառ(ներ)ը.**

Դիմորդի անուն (եթէ անձը, որ այս դիմումը կը կատարէ նոյն անձը չէ, որուն համար այս բողոքի դիմումը կը կատարուի)

Անուն.

Մականուն.

Յարաբերութիւնը բողոքի դիմումի
շահագրգիռ անձին հետ.

Փողոցի հասցէ.

Յարկաբաժինի թիւ.

Քաղաք.

Zip.

Հիմնական հեռաձայնի թիւ.

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ

Ե-նամակի հասցէ.

Եթէ բքիջային հեռաձայն է, կ'ուզէ՞ք text հաղորդագրութիւններ ստանալ: ☐ Ոչ ☐ Այո (հաւանական վճարում կիրարկելի է)

Դիմողի ստորագրութիւն.

Թուական.

**Պէտք է ստորագրել եւ թուականը դնել վերի տուփին մէջ. Կարելի է ստորագրել մելանով կամ
էլեկտրոնային ձեւով: Ձեր անունը գրելով, դուք կը համաձայնիք, որ էլեկտրոնային ձեւով այս
ձեւաթուղթը ստորագրած էք:**

ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻ ԼԻԱԶՕՐՈՒԹԻՒՆ

Այս բաժինը ամբողջացուցէ՞ք միայն եթէ լիազօրուած ներկայացուցիչ մը ունիք:

**Ես, բողոքի շահագրգիռ անձը, կը լիազօրեմ հետեւեալ անձը զիս ներկայացնելու այս բողոքի
գործընթացին մէջ.**

Անուն.

Մականուն.

Յարաբերութիւնը բողոքի դիմումի
շահագրգիռ անձին հետ.

Փողոցի հասցէ.

Յարկաբաժինի թիւ.

Քաղաք.

Zip.

**Յաճախորդի գաղտնի տեղեկութիւններ, Քալիֆորնիոյ բարեկեցութեան եւ հաստատութիւններու
օրէնսգիրքի թիւ 4514 եւ 5328 բաժիններ, Առողջապահական ապահովագրութեան շարժականութեան եւ
պատասխանատուութեան օրէնք:**

Հիմնական հեռաձայնի թիւ.

Երկրորդական հեռաձայնի թիւ.

Ե-նամակի հասցէ.

Եթէ բջիջային հեռաձայն է, կ'ուզե՞ք text հաղորդագրութիւններ ստանալ: ☐ Ոչ ☐ Այո (հաւանական վճարում կիրարկելի է)

Բողոքի դիմումի շահագրգիռ անձի ստորագրութիւն.

Թուական.

Պէտք է ստորագրել եւ թուականը դնել վերի տուփին մէջ. Կարելի է ստորագրել մեկանով կամ ելեկտրոնային ձեւով: Ձեր անունը գրելով, դուք կը համաձայնիք, որ ելեկտրոնային ձեւով այս ձեւաթուղթը ստորագրած էք:

ԱՆՀԱՍՏԱՆԵԼԻ ԹՈՒՎԱԿԱՆՆԵՐ/ԺԱՄԵՐ

Կը խնդրենք գրել այն թուականները եւ ժամերը, որոնց ընթացքին հասանելի չէք յաջորդող 90 օրերուն ընթացքին, որպէսզի ձեր ոչ պաշտօնական հանդիպումը, միջնորդութիւնը, կամ լսումը այդ թուականներուն եւ ժամերուն ընթացքին չճշդուին:

*Այս բողոքի դիմումը ներկայացնող անձի, կամ լիազօր
ներկայացուցիչի ստորագրութիւն.

*Թուական.

Պէտք է ստորագրել եւ թուականը դնել վերի տուփին մէջ. Կարելի է ստորագրել մեկանով կամ ելեկտրոնային ձեւով: Ձեր անունը գրելով, դուք կը համաձայնիք, որ ելեկտրոնային ձեւով այս ձեւաթուղթը ստորագրած էք:

Բողոքի գործընթացին մէջ ձեր իրաւունքները տրուած են ձեր NOA-ին հետ: Այդ իրաւունքները նաեւ նշուած են այստեղ. <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Armenian-Western.pdf>