

अपील अनुरोध फॉर्म

DS 1821 (संशो. 2023/03)

अपील कैसे करें

- आप इलेक्ट्रॉनिक रूप से DDS की वेबसाइट पर अपील अनुरोध कर सकते हैं: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- आप AppealRequest@dds.ca.gov पर ईमेल करके संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं
- आप 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 पर डाक से संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं
- आप 916-654-3641 पर फैक्स करके संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं

अपना अपील अनुरोध समय पर दाखिल करना आवश्यक है। दो समय-सीमाएं हैं।

- पहली समय-सीमा तब के लिए है, जब आप अपनी अपील के दौरान अपनी मौजूदा सेवाओं को वैसा ही रखना चाहते हों:
 - आपके अनुरोध को आपके NOA प्राप्त करने के 30 दिनों के भीतर और कार्रवाई होने से पहले DDS द्वारा प्राप्त किया जाना चाहिए या डाक मोहर लगी होनी चाहिए।
 - अपील के दौरान अपनी मौजूदा सेवाओं को बनाए रखने को, “एड पेड पेंडिंग” कहा जाता है।
- दूसरी समय-सीमा अन्य सभी अपील अनुरोधों के लिए है। यदि आपको NOA मिलने के 31 से 60 दिनों में आपका अपील अनुरोध दायर किया जाता है, तो आपकी अपील जारी रहने के दौरान रीजनल सेंटर का निर्णय होगा। अपील अनुरोधों को आपको यह NOA प्राप्त होने की तारीख से 60 दिनों के भीतर DDS द्वारा प्राप्त किया जाना चाहिए या डाक मोहर लगी होनी चाहिए।

कहां से सहायता पाएं

आपको अपने अपील अनुरोध में सहायता मिल सकती है। जो लोग आपकी सहायता कर सकते हैं, वे हैं:

- आपका सर्विस कोऑर्डिनेटर या अन्य रीजनल सेंटर स्टाफ, यदि आप उनसे कहते हैं।
- निम्नलिखित नंबर पर अपने ग्राहक अधिकार एडवोकेट (CRA) को:
 - उत्तरी कैलिफोर्निया के लिए (800) 390-7032, या
 - दक्षिणी कैलिफोर्निया के लिए (866) 833-6712, या
 - यहां अपने रीजनल सेंटर में ग्राहक अधिकार एडवोकेट ढूंढें: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- **ओम्बड्सपर्सन** ऑफिसों को (877) 658-9731 या ombudsperson@dds.ca.gov पर। यदि आप स्व-निर्धारण प्रोग्राम में हैं तो इसकी बजाय sdp.ombudsperson@dds.ca.gov पर ईमेल करें।
- आप फैमिली रिसोर्स सेंटर से भी सहायता प्राप्त कर सकते हैं: <https://frcnca.org/get-connected/>
- आपका रीजनल सेंटर, स्थानीय माता-पिता सहयोग समूह या समुदाय-आधारित संगठन ढूंढने में आपकी सहायता कर सकता है, जो आपकी सहायता कर सकते हैं।
- यदि आप पोर्टविले डेवेलपमेंट सेंटर, केन्योन सिप्रिंग्स या किसी स्टार होम में रहते हैं, तो भी आपको स्टेट काउंसिल ऑन डेवेलपमेंट डिसेबिलिटीज से सहायता मिल सकती है:
 - केन्योन सिप्रिंग्स, डेजर्ट स्टार, साउथ स्टार (760) 770-0651
 - पोर्टविले और सेंट्रल स्टार (559) 782-2431

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इन्स्टिट्यूशन कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट।

- मुख्यालय (408) 834-2458
- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

“अपील्स सूचना पैकेट” QR कोड का प्रयोग करते हुए या लिंक से मिल जाता है। वे अपील प्रक्रिया के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करते हैं।



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

यह अपील अनुरोध निम्नलिखित व्यक्ति के लिए है:

* आवश्यक

फील्ड्स

*पहला नाम:	*उप नाम:	*जन्म तिथि:	विशिष्ट ग्राहक पहचानकर्ता (UCI), यदि कोई है:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*गली नंबर:			अपार्टमेंट नंबर:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*शहर:			*पिन:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*आपसे संपर्क करने की एक विधि आवश्यक है।			
प्राथमिक फोन नंबर:	द्वितीयक फोन नंबर:	ईमेल पता:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

यदि सेल फोन है, तो क्या आप टेक्स्ट मैसेज प्राप्त करना चाहते हैं? नहीं हां (डेटा दर लागू हो सकते हैं)

*यह अपील किस रीजनल सेंटर के बारे में है?

*क्या आपको दुभाषिया चाहिए? हां नहीं

*आप कौन-सी भाषा को प्राथमिकता देते हैं? एक आइटम चुनें

*अपील प्रक्रिया के तीन भाग होते हैं। आप इन भागों में से एक या अधिक का प्रयोग कर सकते हैं। यदि आपको एक भाग का प्रयोग करके अपनी असहमति का समाधान नहीं मिलता है, तो आप बाद में अन्य भागों का प्रयोग करने का निर्णय ले सकते हैं। **नीचे दिए भागों से में वह चुनें, जिसे आप प्रयोग करना चाहते हैं। ध्यान दें:** यदि आप नीचे दिया वीडियो चुनते हैं, तो आपको ईमेल पता देना होगा।

<input type="checkbox"/> अनौपचारिक बैठक	<p>आप रीजनल सेंटर निदेशक या उनके चुने हुए किसी अन्य व्यक्ति से मिलते हैं। आप और रीजनल सेंटर, आपकी अपील का समाधान करने का प्रयास करेंगे। मैं अपनी अनौपचारिक बैठक इस तरह चाहता हूं: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा</p>
<input type="checkbox"/> मध्यस्था	<p>आप और रीजनल सेंटर एक मध्यस्थ से मिलते हैं। मध्यस्थ एक निष्पक्ष व्यक्ति होता है। मध्यस्थ, आपकी अपील के बारे में आपकी और रीजनल सेंटर के बीच सहमति बनाने में सहायता करता है। मैं अपनी मध्यस्था इस तरह चाहता हूं: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा</p>
<input type="checkbox"/> सुनवाई	<p>आपकी सुनवाई, हियरिंग ऑफिसर के साथ होती है। हियरिंग ऑफिसर आपसे और रीजनल सेंटर द्वारा दी गई जानकारी को सुनता है। हियरिंग ऑफिसर आपके तथ्यों को सामने लाने में आपकी सहायता करता है। हियरिंग ऑफिसर सुनवाई को निष्पक्ष और अनौपचारिक बनाता है। उसके बाद हियरिंग ऑफिसर आपकी अपील पर निर्णय लेता है। मैं अपनी सुनवाई इस तरह चाहता हूं: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा</p>

*क्या आपको रीजनल सेंटर से दस्तावेज मिला है, जिस पर आप अपील करना चाहते हैं? यदि हां,

यदि आपको कार्रवाई सूचना (NOA) मिली है, तो यह आपको किस तारीख को मिली थी?

क्या आपको लगता है कि आप अपनी मौजूदा स्थापना रखने के लिए पात्र हैं? इसे "एड पेड पेंडिंग" कहा जाता है।

हां नहीं

*रीजनल सेंटर द्वारा की जा रही प्रस्तावित कार्रवाई (उन सभी पर निशान लगाएं, जो लागू होते हैं):

- पात्रता अस्वीकार
- पात्रता समाप्ति
- सेवा अस्वीकार
- सेवा कटौती
- सेवा समाप्ति

रीजनल सेंटर द्वारा कार्रवाई की प्रस्तावित प्रभावी तिथि क्या है?

***इस अपील का (के) कारण:**

निवेदक का नाम (यदि यह अनुरोध करने वाला व्यक्ति वह व्यक्ति नहीं है, जिसके लिए यह अपील अनुरोध है)

पहला नाम:

उप नाम:

उस व्यक्ति से संबंध, जिसके लिए अपील है:

गली नंबर:

अपार्टमेंट नंबर:

शहर:

पिन:

प्राथमिक फोन नंबर:

द्वितीयक फोन नंबर:

ईमेल पता:

यदि सेल फोन है, तो क्या आप टेक्स्ट मैसेज प्राप्त करना चाहते हैं? नहीं

हां (डेटा दर लागू हो सकते हैं)

अनुरोधकर्ता के हस्ताक्षर:

तिथि:

आपको ऊपर दिए गए स्थान में हस्ताक्षर करके तिथि लिखना आवश्यक है। इस पर स्याही या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किए जा सकते हैं। अपना नाम टाइप करके, आप सहमति देते हैं कि आपने इस फॉर्म पर इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किया है।

प्रतिनिधि को प्राधिकार देना

यह भाग केवल तभी पूरा करें, यदि आपका कोई अधिकृत प्रतिनिधि है।

मैं, वह व्यक्ति जिसके लिए यह अपील है, निम्नलिखित व्यक्ति को इस अपील में मेरा प्रतिनिधित्व करने का प्राधिकार देता हूँ:

पहला नाम:

उप नाम:

उस व्यक्ति से संबंध, जिसके लिए अपील है:

गली नंबर:

अपार्टमेंट नंबर:

शहर:

पिन:

प्राथमिक फोन नंबर:

द्वितीयक फोन नंबर:

ईमेल पता:

यदि सेल फोन है, तो क्या आप टेक्स्ट मैसेज प्राप्त करना चाहते हैं? नहीं

हां (डेटा दर लागू हो सकते हैं)

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर, जिसके लिए अपील है:

तिथि:

आपको ऊपर दिए गए स्थान में हस्ताक्षर करके तिथि लिखना आवश्यक है। इस पर स्याही या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किए जा सकते हैं। अपना नाम टाइप करके, आप सहमति देते हैं कि आपने इस फॉर्म पर इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किया है।

तिथियां/समय उपलब्ध नहीं हैं

कृपया ऐसी कोई तिथियां और समय लिखें, जिन पर आप अगले 90 दिनों के अंदर उपलब्ध नहीं हैं ताकि आपकी अनौपचारिक बैठक, मध्यस्थता या सुनवाई उन तिथियों या समय पर तय न की जाए:

*यह अपील अनुरोध प्रस्तुत करने वाले व्यक्ति या अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

*तिथि:

आपको ऊपर दिए गए स्थान में हस्ताक्षर करके तिथि लिखना आवश्यक है। इस पर स्याही या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किए जा सकते हैं। अपना नाम टाइप करके आप सहमति देते हैं कि आपने इस फॉर्म पर इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किया है।

अपील परिकरया के दौरान आपके अधिकार आपके **IOA** में दिए गए हैं। वे अधिकार यहां भी सूचीबद्ध हैं: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Hindi.pdf>