

異議申し立てフォーム

DS 1821 (改訂版 03/2023)

異議申し立ての方法

- DDS のウェブサイト (<https://bit.ly/DDSAppealForm>) から電子的に提出する
- 添付のフォームを E メールにて AppealRequest@dds.ca.gov まで送信する
- 添付のフォームを「1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814」まで郵送する
- 添付のフォームを FAX (916-654-3641) にて送信する

異議申し立ては期限内に行う必要があります。期限には 2 つのパターンがあります。

- 異議申し立て中に現行のサービスを継続して受けたい場合：
 - 異議申し立ては、NOA を受け取ってから 30 日以内、かつ措置が施行される前に、DDS により受領される必要があります（消印有効）。
 - 異議申し立て中に現行のサービスを維持することを支援支給保留といいます。
- 上記以外の場合：NOA を受け取ってから 31 日～60 日以内に異議申し立てを提出した場合、手続き中に地域センターによる決定が下されます。異議申し立ては、NOA または誠意書（Good Faith Belief Letter）を受け取ってから 60 日以内に、DDS により受領される必要があります（消印有効）。

お問い合わせ先

異議申し立てを行う上で、支援を受けることができます。相談先：

- サービスコーディネーターや他の地域センターの職員に尋ねる
- クライアントの権利アドボケイト（Client's Rights Advocate : CRA）：
 - (800) 390-7032（北カリフォルニア）
 - (866) 833-6712（南カリフォルニア）
 - 地域センターのクライアントの権利アドボケイト：
<https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- 苦情調査官事務局（The [Ombudsperson](#) Office）電話：(877) 658-9731 または ombudsperson@dds.ca.gov。
自己決定プログラム（Self-Determination Program）に参加されている方は、
sdp.ombudsperson@dds.ca.gov まで E メールでお問い合わせください。
- また、ファミリーリソースセンター（Family Resource Center から支援を受けることもできます。
<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 地域センターでは、可能な限り、地域の保護者支援グループやコミュニティベースの組織をお探しします。
- ポータービル発達障害センター（Porterville Developmental Center）、キャニオンズプリングス（Canyon Springs）、またはスターホーム（STAR Home）にお住まいの方は、州発達障害者協議会（State Council on Developmental Disabilities）から支援を受けることもできます。
 - キャニオンズプリングス、Desert STAR、South STAR (760) 770-0651
 - ポータービル、Central STAR (559) 782-2431
 - 本営(408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

「異議申し立て情報パケット」には、QR コードまたはリンクからアクセスできます。異議申し立ての手続きに関する詳細が記載されています。



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

異議申し立ての対象者：

*必須項目

*名： *氏： *生年月日： クライアント固有識別子（UCI）（該当する場合）：

*市区町村以下の住所 部屋番号：

*市区町村： *郵便番号：

*連絡先は1つ以上提供する必要があります。

電話番号1： 電話番号2： Eメールアドレス：

携帯電話の場合、テキストメッセージの受信を希望しますか？ ☐ いいえ ☐ はい（データ通信料が発生する場合があります）

*異議申し立ての対象となる地域センターを教えてください。

*通訳は必要ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

*希望する言語を教えてください。

*異議申し立て手続きには3つの形式があります。複数の形式を利用することもできます。1つの形式を利用して意見の不一致が解決されない場合、他の形式を利用することもできます。以下、利用したい形式を選択してください。注：ビデオを選択した場合は、Eメールアドレスの入力が必要です。

☐ 非公式な面談	地域センター長、または地域センターで選ばれた職員と面会する。あなたと地域センターは、異議申し立ての解決に努めます。 希望する非公式な面談の方法： ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話
☐ 調停	あなたと地域センターが調停委員を交えて面談します。調停委員は、中立な立場の職員です。調停委員は、あなたと地域センターが、異議申し立てを解決するのを助けます。 希望する調停の方法： ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話
☐ 審議	審議は、審議官を交えて行われます。審議官は、あなたや地域センターから情報を集めます。審議官は、あなたの事情を聞き出します。審議官は、公正かつ非公式な審議を行います。その後、審議官は、異議申し立てについて決定を下します。 希望する審議の方法： ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話

*異議申し立ての対象となる地域センターから書類を受け取りましたか？
「はい」の場合、

通知書（Notice of Action：NOA）を受け取った場合、それはいつですか？

現行のサービスの継続を希望しますか？これを「支援支給保留」といいます。

☐ はい ☐ いいえ

***地域センターの措置案（該当するものすべてにチェック）：**

- ☐ 資格の付与のお断り
- ☐ 資格の取り消し
- ☐ サービス提供のお断り
- ☐ サービス内容の縮小
- ☐ サービスの終了

措置案の発効日（案）はいつですか？

***異議申し立ての理由：**

申請者名（本人でない場合）

名：	氏：	対象者との関係

市区町村以下の住所：

部屋番号：

-------------	-------------

市区町村：

郵便番号：

-------------	-------------

電話番号 1：

電話番号 2：

E メールアドレス：

-------------	-------------	-------------

携帯電話の場合、テキストメッセージの受信を希望しますか？☐いいえ☐はい（データ通信料が発生する場合があります）

申請者の署名：

日付：

上記の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

代理人

代理人がいる場合のみ、このセクションに記入してください。

この異議申し立ての対象者は、代理人として、以下の者を承認します。

名 :	氏 :	対象者との関係
市区町村以下の住所 :		部屋番号 :
市区町村 :		郵便番号 :
電話番号 1 :	電話番号 2 :	E メールアドレス :

携帯電話の場合、テキストメッセージの受信を希望しますか？ ☐いいえ ☐はい（データ通信料が発生する場合があります）

対象者の署名 :	日付 :

上記の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

不都合な日時

90 日以内に都合がつかない日時を記入し、その日時に非公式な面談、調停、審議が予定されないようにすることができます。

*この異議申し立ての提出者または代理人の署名 :

*日付 :

上記の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

異議申し立て手続きにおけるあなたの権利に関する情報は、NOA に同封されます。また、以下でも確認することができます。<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Japanese.pdf>