**ទម្រង់សំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខ**

**DS 1821** (Rev. March 2023)

**របៀបដាក់បណ្ដឹង**

* អ្នកអាចដាក់ទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិតតាមគេហទំព័ររបស់ DDS ៖<https://bit.ly/DDSAppealForm>
* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមអ៊ីមែលទៅកាន់ [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមសំបុត្រទៅកាន់អាសយដ្ឋាន 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមទូរសារទៅកាន់លេខ 916-654-3641

អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឲ្យទាន់ពេលវេលា។ មានកាលកំណត់ចំនួនពីរ។

* កាល់កំណត់ទីមួយគឺសម្រាប់បញ្ហាថាតើអ្នកចង់រក្សាទុកសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឲ្យនៅដដែលនៅក្នុងពេលដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែរឬទេ៖
  + សំណើរបស់អ្នកត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS មិនឲ្យហួរពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីអ្នកបានទទួល NOA របស់អ្នក និង មុនវិធានការកើតឡើង។
  + ការរក្សាទុកសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឲ្យនៅដដែលនៅអំឡុងពេលបណ្ដឹងសាទុក្ខត្រូវបានហៅថាការរង់ចាំប្រាក់ជំនួយ។
* កាលកំណត់ទីពីរគឺសម្រាប់សំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខផ្សេងទៀតទាំងអស់។ ប្រសិនបើសំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវបានដាក់ក្នុងពេលពី 31 ដល់ 60 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបាន NOA របស់អ្នក ការសម្រេចរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់នឹងត្រូវធ្វើឡើងនៅខណៈដែលបណ្ដឹងរបស់អ្នកបន្ត។ Aសំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ឬទទួលដោយ DDS មិនឲ្យហួសពី 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួល NOA ឬលិខិតបញ្ជាក់អះអាង។

**កន្លែងដែលត្រូវទទួលជំនួយ**

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពាក់ព័ន្ធសំណើសុំបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ អ្នកដែលអាចជួយអ្នកបានគឺ៖

* អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
* អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
  + - (800) 390-7032 សម្រាប់រដ្ឋ California ខាងជើង ឬ
    - (866) 833-6712 សម្រាប់រដ្ឋ California ខាងត្បូង ឬ
    - ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នកនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅត្រង់នេះ៖ <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* ការិយាល័យ [Ombudsperson](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) តាមលេខ (877) 658-9731 ឬ [Ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Self-Determination ចូរផ្ញើអ៊ីមែលទៅ [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) ជាជំនួសវិញ។
* អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរ៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
* មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្ដាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។
* ប្រសិនបើអ្នករស់នៅមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ Porterville, Canyon Springs, ឬ STAR Home, អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្ដីពីពិការភាពខួរក្បាលផងដែរ៖
  + - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
    - Porterville និង Central STAR (559) 782-2431
    - ទីស្នាក់ការកណ្ដាល (408) 834-2458
    - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

|  |  |
| --- | --- |
| **“កញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីបណ្ដឹងសាទុក្ខ” អាចរកបានដោយប្រើកូដ QR ឬតំណភ្ជាប់នេះ។ ពួកគេផ្ដល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីនីតិវិធីបណ្ដឹងសាទុក្ខ។** | **QR Code**  <https://bit.ly/AppealsHome> |

**សំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដូចខាងក្រោម៖ \*** ផ្នែកដែលតម្រូវ

**\***នាមត្រកូល៖ **\***នាមខ្លួន៖ **\***ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ស្លាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI), បើមាន៖

**\***អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖

**\***ក្រុង៖ **\***ហ្ស៊ីប៖

**\*ត្រូវមានវិធីទាក់ទងអ្នកមួយចាំបាច់។**

លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ជ្រើសរើសធាតុមួយ ជ្រើសរើសធាតុមួយ

ប្រសិនបើមានទូរសព្ទចល័ត តើអ្នកចង់ទទួលសារអត្ថបទតាមទូរសព្ទនេះឬទេ?  មិនចង់  ចង់ (អាចគិតថ្លៃសេវាទូរសព្ទ)

**\***តើបណ្ដឹងសាទុក្ខចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អំពីបញ្ហាអ្វី? ជ្រើសរើសធាតុមួយ

**\***តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ?  ត្រូវការ  មិនត្រូវការ

**\***តើអ្នកចូលចិត្តប្រើភាសាអ្វី? ជ្រើសរើសធាតុមួយ

**\***នីតិវិធីបណ្ដឹងសាទុក្ខមានបីផ្នែក។ អ្នកអាចប្រើផ្នែកមួយ ឬច្រើននៃផ្នែកទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដោះស្រាយការមិនព្រមព្រៀងគ្នាដោយប្រើផ្នែកមួយ អ្នកអាចសម្រេចចិត្តប្រើប្រាស់ផ្នែកផ្សេងទៀតនៅពេលក្រោយ។ **ជ្រើសរើសផ្នែកនានាដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នៅខាងក្រោម។** **សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកវីដេអូខាងក្រោម អ្នកត្រូវតែដាក់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល។

|  |  |
| --- | --- |
| **កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ** | អ្នកជួបជាមួយនាយកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬនរណាម្នាក់ដែលពួកគេជ្រើសតាំង។ អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់នឹងព្យាយាដោះស្រាយបណ្ដឹងរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឲ្យកិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ចំពោះមុខ  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |
| **ការនាំសម្រុះសម្រួល** | អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជួបជាមួយអ្នកនាំសម្រុះសម្រួល។ អ្នកនាំសម្រុះសម្រួលគឺជាមនុស្សដែលមិនលម្អៀង។ អ្នកនាំសម្រុះសម្រួលជួយអ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់បង្កើតកិច្ចព្រមព្រៀងអំពីបណ្ដឹងរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឲ្យការនាំសម្រុះសម្រួលរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ចំពោះមុខ  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |
| **សវនការ** | សវនការរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងជាមួយមន្រ្តីសវនការ។ មន្រ្តីសវនការស្ដាប់ព័ត៌មានរបស់អ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។ មន្រ្តីសវនការជួយអ្នកបញ្ចេញអង្គហេតុរបស់អ្នក។ មន្រ្តីសវនការធ្វើឲ្យសវនការយុត្តិធម៌ និងមិនផ្លូវការ។ បន្ទាប់មកមន្ត្រីសវនការធ្វើសេចក្ដីសម្រេចអំពីបណ្ដឹងរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឲ្យសវនការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ចំពោះមុខ  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |

**\***តើអ្នកបានទទួលឯកសារពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ដែលអ្នកចង់ដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខដែរឬទេ?

ប្រសិនបើបានទទួល ជ្រើសរើសធាតុមួយ

ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលសេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA), តើអ្នកបានទទួលវានៅថ្ងៃណា?

Click or tap to enter a date.

តើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការរក្សាទុកសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែរឬទេ? នេះគេហៅថា "ការរង់ចាំប្រាក់ជំនួយ (aid paid pending)"។

 បាទ/ចាស  ទេ

**\***វិធានការស្នើសុំដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ (គូសធីចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)៖

ការបដិសេធលក្ខណៈសម្បត្តិសមស្រប

ការបញ្ឈប់លក្ខណៈសម្បត្តិសមស្រប

ការបដិសេធផ្ដល់សេវា

ការកាត់បន្ថយសេវា

ការបញ្ឈប់ផ្ដល់សេវា

តើកាលបរិច្ឆេទជាធរមានដែលបានស្នើឡើងអំពីវិធានការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជាអ្វី? Click or tap to enter a date.

**\*ហេតុផល(នានា) សម្រាប់បណ្ដឹងសាទុក្ខនេះ៖**

ឈ្មោះអ្នកស្នើ (ប្រសិនបើអ្នកដែលដាក់សំណើនេះមិនមែនជាម្ចាស់សំណើបណ្ដឹងនេះ)

នាមត្រកូល នាមខ្លួន៖ ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្ដឹងសាទុក្ខ៖

ជ្រើសរើសធាតុមួយ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖

ក្រុង៖ ហ្ស៊ីប៖

លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ជ្រើសរើសធាតុមួយ ជ្រើសរើសធាតុមួយ

ប្រសិនបើមានទូរសព្ទចល័ត តើអ្នកចង់ទទួលសារអត្ថបទតាមទូរសព្ទនេះឬទេ?  មិនចង់  ចង់ (អាចគិតថ្លៃសេវាទូរសព្ទ)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើ កាលបរិច្ឆេទ៖

Click or tap to enter a date.

**អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។**

ការអនុញ្ញាតចំពោះអ្នកតំណាង

**បំពេញតែផ្នែកនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកតំណាងស្របច្បាប់។**

**ខ្ញុំ ដែលជាដើមបណ្ដឹងនេះ អនុញ្ញាតឲ្យមនុស្សខាងក្រោមធ្វើជាតំណាងឲ្យខ្ញុំនៅក្នុងបណ្ដឹងនេះ៖**

នាមត្រកូល៖ នាមខ្លួន៖ ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្ដឹងសាទុក្ខ៖

ជ្រើសរើសធាតុមួយ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖

ក្រុង៖ ហ្ស៊ីប៖

លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ជ្រើសរើសធាតុមួយ ជ្រើសរើសធាតុមួយ

ប្រសិនបើមានទូរសព្ទចល័ត តើអ្នកចង់ទទួលសារអត្ថបទតាមទូរសព្ទនេះឬទេ?  មិនចង់  ចង់ (អាចគិតថ្លៃសេវាទូរសព្ទ)

ហត្ថលេខាដើមបណ្ដឹង៖ កាលបរិច្ឆេទ៖

Click or tap to enter a date.

**អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។**

កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងពេលជាប់រវល់

សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលដែលអ្នកជាប់រវល់នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយ ដើម្បីកុំឲ្យគេកំណត់កាលវិភាគសម្រាប់កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ ការនាំសម្រុះសម្រួល ឬសវនការរបស់អ្នកនៅអំឡុងកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលទាំងនោះ៖

**\***ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់សំណើបណ្ដឹងសារទុក្ខនេះ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់៖ **\***កាលបរិច្ឆេទ៖

Click or tap to enter a date.

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។

**សិទ្ធិរបស់អ្នកនៅអំឡុងនីតិវិធីបណ្ដឹងសាទុក្ខត្រូវបានផ្ដល់ជូនជាមួយ NOA របស់អ្នក។ សិទ្ធិទាំងនោះក៏មានបង្ហាញនៅក្នុងអាសយដ្ឋាននេះផងដែរ៖** [**https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Khmer.pdf**](https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Khmer.pdf)