

ទម្រង់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខ

DS 1821 (Rev. 03/2023)

របៀបដាក់បណ្តឹង

- អ្នកអាចដាក់ទម្រង់នេះតាមអ៊ីម៉ែលទៅកាន់អ្នកត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងសាទុក្ខ **DDS** ។ <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ដោយតាមអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ AppealRequest@dds.ca.gov
- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ដោយតាមសំបុត្រទៅកាន់អាសយដ្ឋាន 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ដោយតាមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 916-654-3641

អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យទាន់ពេលវេលា។ មានការកំណត់ចំនួនពីរ៖

- កាលកំណត់ទីមួយគឺសម្រាប់បញ្ជាក់ថាអ្នកត្រូវបានបញ្ជាក់ពីការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកនៅក្នុងពេលដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែរឬទេ។
 - សំណើរបស់អ្នកត្រូវតែដាក់ក្រៅពីសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក មិនឱ្យប្តូរពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីអ្នកបានទទួល NOA របស់អ្នក និង មុនវិធានការកើតឡើង។
 - ការអនុវត្តក្នុងការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវតែដាក់ក្នុងពេលដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាជាការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ។
- កាលកំណត់ទីពីរគឺសម្រាប់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខឡើងវិញទាំងអស់។ ប្រសិនបើសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវបានដាក់ក្នុងពេល 31 ដល់ 60 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបាន NOA របស់អ្នក ការសម្រេចរបស់មជ្ឈមណ្ឌលគំរប់ចំនឹងត្រូវធ្វើឡើងវិញដោយសេរី។ សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខត្រូវតែដាក់ក្រៅពីសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក មិនឱ្យប្តូរពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីអ្នកបានទទួល NOA ឬលិខិតបញ្ជាក់អះអាង។

កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីកន្លែងណាមួយដូចខាងក្រោម។ អ្នកដែលអាចជួយអ្នកបានគឺ៖

- អ្នកសម្របសម្រួលសេវាសម្រាប់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលគំរប់ចំនឹងឡើងវិញ ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
- អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
 - (800) 390-7032 សម្រាប់រដ្ឋ California ខាងជើង ឬ
 - (866) 833-6712 សម្រាប់រដ្ឋ California ខាងត្បូង ឬ
 - ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នកនៅមជ្ឈមណ្ឌលគំរប់ចំនឹងរបស់អ្នកនៅក្នុងតំបន់៖ <https://www.disabilityrightscalifornia.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- ការិយាល័យ [Ombudsperson](#) តាមលេខ (877) 658-9731 ឬ Ombudsperson@dds.ca.gov។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Self-Determination ចូរផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅ sdpo.ombudsperson@dds.ca.gov ជាជំនួសវិញ។
- អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរ៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
- មជ្ឈមណ្ឌលគំរប់ចំនឹងរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្តាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។
- ប្រសិនបើអ្នករស់នៅមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ Porterville, Canyon Springs, ឬ STAR Home, អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីក្រុមប្រឹក្សាអភិវឌ្ឍន៍ពីការភាពខ្វះខាតផងដែរ។
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville និង Central STAR (559) 782-2431
 - ទីស្នាក់ការកណ្តាល (408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

“កញ្ចប់ព័ត៌មានសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខ” អាចរកបានដោយប្រើកូដ QR ឬតំណភ្ជាប់នេះ។ ពួកគេផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវិធីសាស្ត្របណ្តឹងសាទុក្ខ។	 https://bit.ly/AppealInfoPacket
--	--

* ផ្នែកដែលតម្រូវ

សាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI), បើមាន។

--

លេខអាជ្ញាតីម៉ង់ ៖

--

* ហ្ស៊ូន

--

អាសយដ្ឋានអគ្គិសនី៖

--

(អាចគិតថ្លៃសេវាទូរសព្ទ)

*** តើអ្នកចងចិត្តប្រើភាសាអ្វី?**

ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន ក្នុងស្ថានភាព **California** និងស្ថាប័ន ផ្នែក **4514** និង **5328**, ច្បាប់ជាធរមាន និងគណនេយ្យភាព។

ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA), តើអ្នកបានទទួលវានៅថ្ងៃណា?

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

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

*វិធានការស្នើសុំដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ (គូសរឹចចំណុចទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ) ៖

☐ ការបដិសេធលក្ខណៈសម្បត្តិសមស្រប

☐ ការបញ្ឈប់លក្ខណៈសម្បត្តិសមស្រប

☐ ការបដិសេធផ្តល់សេវា

☐ ការកាត់បន្ថយសេវា

☐ ការបញ្ឈប់ផ្តល់សេវា

តើកាលបរិច្ឆេទជាធរមានដែលបានស្នើឡើងអំពីវិធានការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជាអ្វី?

***ហេតុផល(ធានា) សម្រាប់បណ្តឹងសាទុក្ខនេះ៖**

ឈ្មោះអ្នកស្នើ (ប្រសិនបើអ្នកដែលដាក់សំណើនេះមិនមែនជាម្ចាស់សំណើបណ្តឹងនេះ)

តាមក្រកូល

តាមខ្លួន៖

ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្តឹងសាទុក្ខ៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖

លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ៖

ក្រុង៖

ហ្សឺប៊ែរ៖

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ៖

លេខទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ៖

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖

ប្រសិនបើមានទូរស័ព្ទចល័ត តើអ្នកចង់ទទួលសារអត្ថបទតាមទូរស័ព្ទនេះឬទេ? ☐ មិនចង់ ☐ ចង់ (អាចគិតថ្លៃសេវាទូរស័ព្ទ)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើ

កាលបរិច្ឆេទ៖

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។

ការអនុញ្ញាតចំពោះអ្នកតំណាង

ចាំបាច់តែអ្នកនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកតំណាងស្របច្បាប់។

ខ្ញុំ ដែលជាដើមបណ្តឹងនេះ អនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សខាងក្រោមធ្វើជាតំណាងឱ្យខ្ញុំនៅក្នុងបណ្តឹងនេះ៖

នាមក្រកូល៖

នាមខ្លួន៖

ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្តឹងសាទុក្ខ៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖

លេខអាជ្ញាធិប័ណ្ណ៖

ក្រុង៖

ហ្សឺប៖

លេខទូរសព្ទផ្ទះមួយ៖

លេខទូរសព្ទផ្ទៃមួយ៖

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ប្រសិនបើមានទូរសព្ទចល័ត តើអ្នកចង់ទទួលសារអត្ថបទតាមទូរសព្ទនេះឬទេ? ☐ មិនចង់ ☐ ចង់ (អាចគិតថ្លៃសេវាទូរសព្ទ)

ហត្ថលេខាដើមបណ្តឹង៖

កាលបរិច្ឆេទ៖

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។

កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងពេលជាប់ផល

សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលដែលអ្នកជាប់ផលនៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយ ដើម្បីកុំឱ្យគេកំណត់កាលវិភាគសម្រាប់កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ ការវាស់ស្រង់សម្រួល ឬសវនកម្មរបស់អ្នកនៅអំឡុងកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលទាំងនោះ។

* ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់សំណើបណ្តឹងសារទុក្ខនេះ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់៖

* កាលបរិច្ឆេទ៖

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងចន្លោះខាងលើ។ នេះអាចត្រូវចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ តាមរយៈការបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកព្រមព្រៀងថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះតាមអ៊ីនធឺណិត។

សិទ្ធិរបស់អ្នកនៅតែទុកដីកាវិវឌ្ឍន៍សាមញ្ញត្រូវបានផ្តល់ជូនជាមួយ **NOA** របស់អ្នក។ សិទ្ធិទាំងនោះក៏មានបង្ហាញនៅក្នុងសាយដ្ឋាននេះផងដែរ។ <https://bit.ly/dda-appeals-rights-trifold>

