**ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການອຸທອນ**

**DS 1821** (Rev. 3/23)

**ວິທີການອຸທອນ**

* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເລັກໂທຣນິກໄດ້ທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງ DDS: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເມວໄປຫາ AppealRequest@dds.ca.gov
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງໄປສະນີໄປຫາ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງແຟັກໄປຫາ 916-654-3641

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ. ມີສອງກໍານົດເວລາ.

* ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທຳອິດແມ່ນສຳລັບ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາການບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄວ້ຄືເກົ່າໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ:
	+ ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງຈ້ຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຂອງທ່ານແລະ ກ່ອນການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວຈະເກີດຂຶ້ນ.
	+ ການຮັກສາບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ເອີ້ນວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່.
* ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທີສອງແມ່ນສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນອື່ນໆທັງໝົດ. ຖ້າໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 31 ຫາ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA, ການຕັດສິນຂອງສູນພາກພື້ນຈະເກີດຂຶ້ນໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງສືບຕໍ່. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນຕ້ອງຈ້ຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ຊ້າກວ່າ 60 ວັນນັບຈາກວັນທີທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຫຼືື ໜັງສືທີ່ເຊື່ອດ້ວຍຄວາມສຸດຈະລິດນີ້.

**ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ**

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຄົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ແມ່ນ:

* ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
* ຜູ້ສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
	+ - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອຄາລິຟໍເນຍ, ຫຼື
		- (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ຄາລິຟໍເນຍ, ຫຼື
		- ຊອກຫາຜູ້ສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* ຫ້ອງການ [ຜູ້ກວດສອບແຫ່ງລັດ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) ທີ່ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov. ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກໍານົດຕົນເອງອີເມວໄປຫາ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ແທນ.
* ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະຫນັບສະຫນູນພໍ່ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ອາດຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
* ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ທີ່ສູນພັດທະນາ Porterville, Canyon Springs, ຫຼື ເຮືອນ STAR, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສະພາຄວາມພິການດ້ານການພັດທະນາການຂອງລັດ:
	+ - Canyon Springs, Desert STAR, STAR ພາກໃຕ້ (760) 770-0651
		- Porterville ແລະ STAR ພາກກາງ (559) 782-2431
		- ສຳນັກງານໃຫຍ່ (408) 834-2458
		- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

|  |  |
| --- | --- |
| **"ຊຸດຂໍ້ມູນການອຸທອນ" ສາມາດພົບເຫັນໂດຍໃຊ້ລະຫັດ QR ຫຼື ລີ້ງເຊື່ອມຕໍ່. ພວກເຂົາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນ.** | **ເອົາເຂົ້າ** <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/infopacket.pdf> |

**ຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນນີ້ແມ່ນສໍາລັບບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: \*** ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

**\***ຊື່: **\***ນາມສະກຸນ: **\***ວັນເດືອນປີເກີດ: ລະຫັດລູກຄ້າ (UCI), ຖ້າມີ:

**\***ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

**\***ເມືອງ: **\***ລະຫັດໄປສະນີ:

**\*ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ມີໜຶ່ງໃນວິທີຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ.**

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ຖ້າໂທລະສັບມືຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ? [ ]  ບໍ່ແມ່ນ [ ]  ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

**\***ການອຸທອນນີ້ກ່ຽວກັບສູນກາງພາກພື້ນໃດ? ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

**\***ທ່ານຕ້ອງການຜູ້ແປພາສາບໍ? [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່

**\***ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ? ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

**\***ຂະບວນການອຸທອນມີສາມພາກ. ທ່ານອາດຈະໃຊ້ຫນຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍພາກເຫຼົ່ານີ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ່ງຂອງທ່ານໂດຍນໍາໃຊ້ພາກທີໜຶ່ງ, ທ່ານອາດຈະຕັດສິນໃຈທີ່ຈະນໍາໃຊ້ພາກອື່ນໆທີ່ຫຼັງ. **ເລືອກພາກທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະນໍາໃຊ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.** **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານເລືອກວິດີໂອຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທີ່ຢູ່ອີເມວ.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **ກອງປະຊຸມ ແບບບໍ່ເປັນທາງການ** | ທ່ານພົບກັບຜູ້ອໍານວຍການສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ. ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນຈະພະຍາຍາມແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການກອງປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການໃຫ້ເປັນ:** [ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |
| [ ] **ການໄກ່ເກ່ຍ**  | ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນໄດ້ພົບກັບຜູ້ໄກ່ເກ່ຍ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍເປັນບຸກຄົນກາງ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນສ້າງຂໍ້ຕົກລົງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄກ່ເກ່ຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:**[ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **ການໄຕ່ສວນ** | ການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະດຳເນີນກັບພະນັກງານໄຕ່ສວນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຮັບຟັງຂໍ້ມູນຈາກທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຊ່ວຍທ່ານເອົາຂໍ້ເທັດຈິງຂອງທ່ານອອກມາ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນເຮັດໃຫ້ການໄຕ່ສວນຍຸຕິທໍາ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພະນັກງານໄຕ່ສວນຄະດີຈະຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄຕ່ສວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:**[ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |

**\***ທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານຈາກສູນພາກພື້ນຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະອຸທອນບໍ?

ຖ້າແມ່ນ, ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ຖ້າເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA), ວັນທີໃດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມັນ?Click or tap to enter a date.

ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮັກສາການບໍລິການໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ? ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ "ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງລໍຖ້າຢູ່".

[ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

**\***ການປະຕິບັດທີ່ໄດ້ສະເໜີໂດຍສູນພາກພື້ນ (ໝາຍທັງໝົດຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

[ ]  ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ

[ ]  ຢຸດເຊົາການມີສິດໄດ້ຮັບ

[ ]  ປະຕິເສດການບໍລິການ

[ ]  ຫຼຸດການບໍລິການ

[ ]  ຢຸດເຊົາການບໍລິການ

ວັນທີສະເໜີໃຫ້ມີຜົນສັກສິດຂອງການປະຕິບັດສູນພາກພື້ນແມ່ນວັນທີເທົ່າໃດ?Click or tap to enter a date.

**\*ເຫດຜົນສຳລັບການຂໍອຸທອນ:**

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍນີ້ບໍ່ແມ່ນຜູ້ທີ່ຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້ຮ້ອງຂໍສຳລັບ)

ຊື່: ນາມສະກຸນ: ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສຳລັບ:

ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

ເມືອງ: ລະຫັດໄປສະນີ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ເບີໂທລະສັບທີ່ສອງ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ຖ້າໂທລະສັບມືຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ? [ ]  ບໍ່ແມ່ນ [ ]  ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ວັນທີ:

 Click or tap to enter a date.

**ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມຶກ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.**

ການອະນຸຍາດຕົວແທນ

**ສະເພາະຕື່ມຂໍ້ມູນພາກນີ້ຖ້າທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.**

**ຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍອຸທອນນີ້, ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າໃນການອຸທອນຄັ້ງນີ້:**

ຊື່: ນາມສະກຸນ: ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສຳລັບ:

 ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

ເມືອງ: ລະຫັດໄປສະນີ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ

ຖ້າໂທລະສັບມືຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ? [ ]  ບໍ່ແມ່ນ [ ]  ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນໄວ້ສຳລັບ: ວັນທີ:

Click or tap to enter a date.

**ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມຶກ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.**

ວັນທີ/ເວລາ ທີ່ບໍ່ຫວ່າງ

ກະລຸນາຂຽນວັນທີ ແລະ ເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີເວລາຫວ່າງພາຍໃນ 90 ມື້ຂ້າງໜ້າ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ມີການຈັດປະຊຸມ, ການໄກ່ເກ່ຍ ຫຼື ການໄຕ່ສວນແບບບໍ່ເປັນທາງການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງວັນທີ ແລະ ເວລາເຫຼົ່ານັ້ນ:

**\***ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້, ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: **\***ວັນທີ:

 Click or tap to enter a date.

ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມຶກ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

**ສິດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນໄດ້ຖືກສະໜອງໃຫ້ພ້ອມກັບ NOA ຂອງທ່ານ. ສິດທິເຫຼົ່ານັ້ນຍັງສາມາດຄົ້ນຫາໄດ້ທີ່ນີ້:** [**https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/appealrights.pdf**](https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/appealrights.pdf)