

ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນ DS 1821 (Rev. 03/2023)

ວິທີການອຸທອນ

- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເລັກໂທຣນິກໄດ້ທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງ DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເມວໄປຫາ AppealRequest@dds.ca.gov
- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງໄປສະນີໄປຫາ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງແຟັກໄປຫາ 916-654-3641

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ. ມີສອງກໍານົດເວລາ.

- ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທຳອິດແມ່ນສໍາລັບ
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາການບໍລິການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄວ້ຄືເກົ່າໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ:
 - ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງຈຳກັດໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຂອງທ່ານແລະ ກ່ອນການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວຈະເກີດຂຶ້ນ.
 - ການຮັກສາບໍລິການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ເອີ້ນວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່.
- ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທີສອງແມ່ນສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນອື່ນໆທັງໝົດ. ຖ້າໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 31 ຫາ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA, ການຕັດສິນຂອງສູນພາກພື້ນຈະເກີດຂຶ້ນໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງສືບຕໍ່. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນຕ້ອງຈຳກັດໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ຊ້າກວ່າ 60 ວັນນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຫຼື ໜັງສືທີ່ເຊື່ອດ້ວຍຄວາມສຸດຈະລິດນີ້.

ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຄົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ແມ່ນ:

- ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົ້າເຈົ້າ.
- 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 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 ລິ້ງເຊີຍລຸ່ມ. ພວກເຂົາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນ.	 https://bit.ly/AppealInfoPacket
---	--

ຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນນີ້ແມ່ນສໍາລັບບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

***ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ**

*ຊື່:	*ນາມສະກຸນ:	*ວັນເດືອນປີເກີດ:	ລະຫັດລູກຄ້າ (UCI), ຖ້າມີ:
*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:			ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:
*ເມືອງ:			*ລະຫັດໄປສະນີ:
*ຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ມີໜຶ່ງໃນວິທີຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ.			
ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:	ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:	ທີ່ຢູ່ອີເມວ:	

ຖ້າໂທລະສັບມີຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ່? ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

*ການອຸທອນນີ້ກ່ຽວກັບສູນກາງພາກພື້ນໃດ?

*ທ່ານຕ້ອງການຜູ້ແປພາສາບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

*ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ?

***ຂະບວນການອຸທອນມີສາມພາກ. ທ່ານອາດຈະໃຊ້ໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍພາກເຊັ່ນນີ້.**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ່ງຂອງທ່ານໂດຍນໍາໃຊ້ພາກທີໜຶ່ງ, ທ່ານອາດຈະຕັດສິນໃຈທີ່ຈະນໍາໃຊ້ພາກອື່ນໆທີ່ຫຼັງ.

ເລືອກພາກທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະນໍາໃຊ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເລືອກວິທີໂອ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທີ່ຢູ່ອີເມວ.

☐ ກອງປະຊຸມ ແບບບໍ່ເປັນທາງການ	ທ່ານພົບກັບຜູ້ອໍານວຍການສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ. ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນຈະພະຍາຍາມແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການກອງປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການໃຫ້ເປັນ: ☐ ແບບເຊິ່ງໜ້າ; ☐ ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື ☐ ທາງໂທລະສັບ
☐ ການໄກ່ເກຍ	ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນໄດ້ພົບກັບຜູ້ໄກ່ເກຍ. ຜູ້ໄກ່ເກຍເປັນບຸກຄົນກາງ. ຜູ້ໄກ່ເກຍຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນສ້າງຂໍ້ຕົກລົງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຍາກໃຫ້ການໄກ່ເກຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: ☐ ແບບເຊິ່ງໜ້າ; ☐ ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື ☐ ທາງໂທລະສັບ

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ.

☐ ການໄຕ່ສວນ	ການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະດຳເນີນກັບພະນັກງານໄຕ່ສວນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຮັບຟັງຂໍ້ມູນຈາກທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຊ່ວຍທ່ານເອົາຂໍ້ເທັດຈິງຂອງທ່ານອອກມາ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນເຮັດໃຫ້ການໄຕ່ສວນຍຸຕິທຳ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການ. ຫຼັງຈາກນັ້ນພະນັກງານໄຕ່ສວນຄະດີຈະຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄຕ່ສວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ: ☐ ແບບເລັ່ງໜ້າ; ☐ ໂທເຫັນພາບ; ແລະ/ຫຼື ☐ ທາງໂທລະສັບ
---	--

*ທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານຈາກສູນພາກພື້ນຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະອຸທອນບໍ່?

ຖ້າແມ່ນ,

ຖ້າເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA), ວັນທີໃດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມັນ?

ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮັກສາການບໍລິການໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ່? ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ "ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງລໍຖ້າຢູ່".

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

*ການປະຕິບັດທີ່ໄດ້ສະເໜີໂດຍສູນພາກພື້ນ (ໝາຍທັງໝົດຂໍ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):

- ☐ ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ☐ ຢຸດເຊົາການມີສິດໄດ້ຮັບ
- ☐ ປະຕິເສດການບໍລິການ
- ☐ ຫຼຸດການບໍລິການ
- ☐ ຢຸດເຊົາການບໍລິການ

ວັນທີສະເໜີໃຫ້ມີຜົນສັກສິດຂອງການປະຕິບັດສູນພາກພື້ນແມ່ນວັນທີເທົ່າໃດ?

***ເຫດຜົນສໍາລັບການຂໍອຸທອນ:**

ຊື່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍນີ້ບໍ່ແມ່ນຜູ້ທີ່ຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້ຮ້ອງຂໍສໍາລັບ)

ຊື່: ນາມສະກຸນ: ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສໍາລັບ:

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

ເມືອງ: ລະຫັດໄປສະນີ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:

ເບີໂທລະສັບທີ່ສອງ:

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ຖ້າໂທລະສັບມີຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ່? ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

ລາຍເຊັນຜູ້ຮ້ອງຂໍ:

ວັນທີ:

ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມົກ ຫຼື ເຈເລັກໄຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

ການອະນຸຍາດຕົວແທນ

ສະເພາະຕໍ່ມາຂໍ້ມູນພາກນີ້ຖ້າທ່ານມີຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ຂ້າພະເຈົ້າ, ບຸກຄົນທີ່ຮ້ອງຂໍອຸທອນນີ້, ອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຕົວແທນຂ້າພະເຈົ້າໃນການອຸທອນຄັ້ງນີ້:

ຊື່:

ນາມສະກຸນ:

ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສໍາລັບ:

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:

ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

ເມືອງ:

ລະຫັດໄປສະນີ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ຖ້າໂທລະສັບມີຖື, ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມບໍ່? ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ແມ່ນ (ອາດມີອັດຕາຄ່າຂໍ້ມູນ)

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນໄວ້ສໍາລັບ:

ວັນທີ:

ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມົກ ຫຼື ເຈເລັກໄຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

ວັນທີ/ເວລາ ທີ່ບໍ່ຫວ່າງ

ກະຊວງຂຽນວັນທີ ແລະ ເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີເວລາຫວ່າງພາຍໃນ 90 ມື້ຂ້າງໜ້າ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ມີການຈັດປະຊຸມ, ການໄກ່ເກຍ ຫຼື ການໄຕ່ສອນແບບບໍ່ເປັນທາງການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງວັນທີ ແລະ ເວລາເຫຼົ່ານັ້ນ:

*ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້, ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

*ວັນທີ:

ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຂຽນວັນທີຢູ່ໃນຊ່ອງຂ້າງເທິງ. ນີ້ອາດຈະຖືກເຊັນດ້ວຍຫມົກ ຫຼື ເອເລັກໂຕຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂຕຣນິກ.

ສິດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນໄດ້ຖືກສະໜອງໃຫ້ພ້ອມກັບ NOA ຂອງທ່ານ.

ສິດທິເຫຼົ່ານັ້ນຍັງສາມາດຄົ້ນຫາໄດ້ທີ່: <https://bit.ly/dds-appeals-rights-trifold>

