

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE RECURSO DS 1821 (Rev. 03/2023)

APRESENTAÇÃO DE RECURSOS

- O pedido de recurso pode ser realizado electronicamente através do formulário disponível no sítio Web do DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- O formulário em anexo pode ser enviado por correio electrónico para: AppealRequest@dds.ca.gov
- O formulário em anexo pode ser enviado por correio para o endereço: 1215 O Street MS 8- 20, Sacramento, CA 95814
- O formulário em anexo pode ser enviado por fax para: 916 - 654 - 3641

O pedido de recurso deve ser apresentado no prazo legal. Existem dois prazos que devem ser considerados.

- O primeiro prazo é para quando desejar manter os seus serviços actuais sem alteração durante o recurso:
 - O seu pedido deve ter a marca do correio ou ser recebido pelo DDS até 30 (trinta) dias a contar da data de recepção da NOA e antes da efectividade da acção.
 - A manutenção dos seus serviços actuais durante um processo de recurso é designada ajuda paga pendente.
- O segundo prazo é aplicável a todos os outros pedidos de recurso. Se o seu pedido de recurso for apresentado de 31 (trinta e um) a 60 (sessenta) dias a partir da data de recepção da NOA, a decisão do Centro Regional acontecerá durante o processo do recurso. Os pedidos de recurso devem ter a marca do correio ou recebidas pelo DDS até 60 (sessenta) dias após a data de recepção desta NOA ou de uma Carta de Convicção de Boa Fé.

COMO OBTER AJUDA

Existem maneiras para obter ajuda com o seu pedido de recurso. As pessoas que o podem ajudar são:

- O seu Coordenador de Serviços ou, a pedido, outros funcionários do Centro Regional.
- O seu defensor dos direitos dos utentes (CRA) em:
 - (800) 390-7032 para a zona Norte da Califórnia, ou
 - (866) 833-6712 para a zona Sul da Califórnia, ou
 - Através dos defensores dos direitos dos utentes no seu Centro Regional, indicados aqui: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- Gabinetes dos [Ombudsperson](#) O(Provedores) por telefone (877) 658- 9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov. Se estiver num Programa de Autodeterminação utilizar o correio electrónico: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov.
- Pode ainda solicitar ajuda num Centro de Assistência Familiar: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- O seu Centro Regional pode também ajudá-lo a encontrar um grupo de apoio aos pais ou uma outra organização comunitária.
- O seu Centro Regional pode também ajudá-lo a encontrar um grupo de apoio aos pais ou uma outra organização comunitária.
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR, telefone (760) 770- 0651
 - Porterville e Central STAR, telefone (559) 782- 2431
 - Sede, telefone (408) 834- 2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

O “Conjunto de Informação de Recursos” pode ser obtido através do código QR ou da ligação abaixo. O Conjunto contém outras informações sobre o processo de recursos.



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

O presente Pedido de Recurso é relativo ao indivíduo seguinte:*** Campos obrigatórios**

*Nome:	*Apelido:	*Data de nascimento:	Identificador Único de Utente (UCI), se existente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Endereço:			N.º do apartamento:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*Localidade:			*Zip:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*Obrigatório indicar um meio para ser contactado.			
N.º de telefone (primário):	N.º de telefone (secundário):	Correio electrónico:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Se Telefone Móvel, deseja receber mensagens de texto (SMS)? Não Sim (pode implicar custos de recepção)

*A que Centro Regional se refere esta NOA?

*Precisa de um intérprete? Sim Não

*Que língua prefere para a interpretação?

*O processo de recurso tem 3 partes. Você poderá usar uma ou mais destas partes. Se o desacordo não for solucionado com uma parte, pode usar outras partes mais tarde. **Selecione abaixo as partes que deseja utilizar. Nota:** Para seleccionar o vídeo abaixo, deve fornecer um endereço de correio electrónico.

<input type="checkbox"/> Reunião informal	Uma reunião entre si e o director do Centro Regional ou um dos seus funcionários. Você e o centro regional irão tentar resolver o seu apelo. Desejo que a minha Reunião Informal seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone
<input type="checkbox"/> Mediação	Reunião entre V. e o Centro Regional com um mediador. O mediador será uma pessoa imparcial. O mediador irá ajudá-lo a si e ao Centro Regional a chegar a um acordo sobre o seu recurso. Desejo que a minha Reunião com Mediação seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone
<input type="checkbox"/> Audiência	A sua audição será realizada com um Auditor. O Auditor irá ouvir a informação relevante de si e do Centro Regional. A função do Auditor é ajudar a fazer a comunicação dos seus factos. O Auditor deve fazer a Audiência de modo justo e informal. O Auditor tomará depois uma decisão sobre o seu recurso. Desejo que a minha Audiência seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone

*Recebeu do Centro Regional um documento do qual deseja pedir um recurso?

Se sim,

Se recebeu uma Notificação de Acção (NOA), em que data a recebeu?

Na sua opinião, acha que é elegível para manter os seus serviços actuais? Esta situação é designada "ajuda paga pendente".

Sim Não

*Acção proposta pelo Centro Regional (marcar todas as opções aplicáveis):

- Recusa de Elegibilidade
- Cessação da Elegibilidade
- Recusa de Serviço
- Redução de Serviço
- Cessação de Serviço

Qual é a data efectiva da acção proposta pelo Centro Regional?

***Justificação(ões) para este Recurso:**

Nome do Requerente (se o autor do pedido não for a pessoa autora do recurso)

Nome:

Apelido:

Relação com o autor do recurso:

Endereço:

N.º do apartamento:

Localidade:

Zip:

N.º de telefone (primário):

N.º de telefone (secundário):

Correio electrónico:

Se telefone móvel, deseja receber mensagens de texto (sms)? Não Sim (pode implicar custos de recepção)

Assinatura do Requerente:

Data:

Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou electrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado electronicamente.

AUTORIZAÇÃO DE REPRESENTANTE

Preencher esta secção, APENAS se tiver um Representante Autorizado.

Eu, o autor do recurso, autorizo o indivíduo seguinte a representar-me neste processo de recurso:

Nome:	Apelido:	Relação com o autor do recurso:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Endereço:	N.º do apartamento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Localidade:	Zip:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N.º de telefone (primário):	N.º de telefone (secundário):	Correio electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se telefone móvel, deseja receber mensagens de texto (sms)? Não Sim (pode implicar custos de recepção)

Assinatura do autor do recurso:

Data:

Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou electrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado electronicamente.

DATAS/HORAS NÃO DISPONÍVEIS

Indicar as datas e horas em que não esteja disponível nos próximos 90 (noventa) dias, para a sua reunião informal, reunião com mediação ou audiência não ser agendada para essas datas e horas:

*Assinatura do requerente do pedido de recurso ou Representante Autorizado: *Data:

Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou electrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado electronicamente.

Os seus direitos durante este processo de recurso foram indicados na sua Notificação de Acção (NOA). Esses direitos podem ser consultados aqui: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Portuguese.pdf#peals-rights-trifold>