**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE RECURSO**

**DS 1821** (Rev. March 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](mailto: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](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) O(Provedores) por telefone (877) 658- 9731 ou [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov). Se estiver num Programa de Autodterminação utilizar o correio electrónico: [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto: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.** | QR Code  [**https://bit.ly/AppealsHome**](https://bit.ly/AppealsHome) |

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

**\***Nome: **\***Apelido: **\***Data de nascimento: Identificador Único de

Utente (UCI), se existente:

**\***Endereço: N.º do apartamento:

**\***Localidade: **\***Zip:

**\*Obrigatório indicar um meio para ser contactado.**

N.º de telefone (primário): N.º de telefone (secundário): Correio electrónico:

Escolher uma opção Escolher uma opção

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

**\***A que Centro Regional se refere esta NOA? Escolher uma opção

**\***Precisa de um intérprete?  Sim  Não

**\***Que língua prefere para a interpretação? Escolher uma opção

**\***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. **Seleccione abaixo as partes que deseja utilizar.** **Nota:** Para seleccionar o vídeo abaixo, deve fornecer um endereço de correio electrónico.

|  |  |
| --- | --- |
| **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:**  Pessoalmente;  por videochamada; e/ou  por telefone |
| **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:**  Pessoalmente;  por videochamada; e/ou  por telefone |
| **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 Audição de modo justo e informal. O Auditor tomará depois uma decisão sobre o seu recurso. |
|  | **Desejo que a minha Audição seja:**  Pessoalmente;  por videochamada; e/ou  por telefone |

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

Se sim, Escolher uma opção

Se recebeu uma Notificação de Acção (NOA), em que data a recebeu?Click or tap to enter a date.

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? Click or tap to enter a date.

**\*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:

Escolher uma opção

Endereço: N.º do apartamento:

Localidade: Zip:

N.º de telefone (primário): N.º de telefone (secundário): Correio electrónico:

Escolher uma opção Escolher uma opção

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

Assinatura do Requerente: Data:

Click or tap to enter a date.

**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:

Escolher uma opção

Endereço: N.º do apartamento:

Localidade: Zip:

N.º de telefone (primário): N.º de telefone (secundário): Correio electrónico:

Escolher uma opção Escolher uma opção

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

Assinatura do autor do recurso: Data:

Click or tap to enter a date.

**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:

Click or tap to enter a date.

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/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Portuguese-Portugal.pdf**](https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Portuguese-Portugal.pdf)