**ФОРМА ЗАПРОСА НА АПЕЛЛЯЦИЮ**

**DS 1821** (Ред. March 2023)

**КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ**

* Форму запроса можно подать в электронном виде на сайте DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
* Прилагаемую форму можно отправить по электронной почте на адрес AppealRequest@dds.ca.gov
* Прилагаемую форму можно отправить по почте на адрес 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* Прилагаемую форму можно отправить по факсу на номер 916-654-3641

Вы должны подать запрос на апелляцию вовремя. Установлены два вида сроков.

* Первый возможный срок предусмотрен для случаев, когда вы хотите сохранить текущий объем услуг на период рассмотрения апелляции:
	+ Ваш запрос должен быть проштемпелеван или получен Департаментом не позднее чем через 30 дней после предъявления вам NOA и до момента исполнения действия.
	+ Сохранение текущего объема услуг на период рассмотрения апелляции называется продлением помощи в ожидании решения.
* Второй возможный срок подачи предусмотрен для всех остальных запросов на апелляцию. Если запрос на апелляцию подается через 31–60 дней после получения NOA, решение регионального центра будет исполнено в период рассмотрения апелляции. Запросы на апелляцию должны быть проштемпелеваны или доставлены в Департамент не позднее чем через 60 дней после получения вами NOA или письма с добросовестным обоснованием решения.

**ГДЕ ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ**

Вы можете получить помощь в подаче запроса на апелляцию. Вам могут помочь следующие лица:

* ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
* правозащитник вашего клиента, с которым можно связаться по телефону:
	+ - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
		- (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
		- найдите правозащитника для клиента в региональном центре по ссылке: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>;
* [уполномоченный по правам человека](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/), с которым можно связаться по телефону (877) 658-9731 или по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov. Если вы являетесь участником программы самоопределения, направьте письмо по адресу sdp.ombudsperson@dds.ca.gov.
* Вы также можете получить помощь в Семейном информационном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
* Ваш региональный центр может помочь вам найти местную группу поддержки для родителей или местную общественную организацию, где вам окажут помощь.
* Если вы проживаете в Портервильском развивающем центре (Porterville Developmental Center), социальном центре Canyon Springs или доме-интернате STAR, вы также можете получить помощь от Государственного совета по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities):
	+ - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR: (760) 770-0651
		- центр в Портервилле и Central STAR: (559) 782-2431
		- главное управление: (408) 834-2458
		- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

|  |  |
| --- | --- |
| **Доступ к «Информационному пакету о порядке подачи и рассмотрения апелляций» (Appeals Information Packet) можно получить с помощью QR-кода или по ссылке. В пакете содержится дополнительная информация о процессе обжалования решений.** | **QR Code**[**https://bit.ly/AppealsHome**](https://bit.ly/AppealsHome) |

**Данный запрос на апелляцию подается от имени следующего лица: \*** Обязательные поля

**\***Имя: **\***Фамилия **\***Дата рождения: Уникальный идентификатор

клиента (UCI), если имеется:

**\***Улица и номер дома: Номер квартиры:

**\***Город: **\***Почтовый индекс:

**\*Необходимо указать хотя бы один способ связи.**

Основной номер телефона: Дополнительный номер телефона: Адрес эл. почты:

Выберите вариант ответа Выберите вариант ответа

Если вы указали номер мобильного телефона, хотели бы вы получать текстовые сообщения?

[ ]  Нет [ ]  Да (Могут применяться тарифы на передачу данных)

**\***К какому региональному центру относится эта апелляция? Выберите вариант ответа

**\***Нужен ли вам переводчик? [ ]  Да [ ]  Нет

**\***На каком языке вы предпочитаете разговаривать? Выберите вариант ответа

**\***Апелляционный процесс состоит из трех этапов. Вы можете пройти один или несколько таких этапов. Если вы не разрешите разногласие в ходе одного этапа, у вас есть возможность пройти другие этапы позже. **Выберите этапы, которые вы хотите пройти, ниже.** **Примечание:** Если вы отметите пункт «по видеосвязи», вам понадобится предоставить адрес электронной почты.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **Неофициальная встреча** | Вы встретитесь с директором регионального центра или лицом, которое он выберет. Совместно с региональным центром вы постараетесь урегулировать апелляцию. |
|  | **Я хочу провести неофициальную встречу:**[ ]  В личном порядке; [ ]  по видеосвязи; и/или [ ]  по телефону |
| [ ] **Медиация**  | Вместе с представителем регионального центра вы встретитесь с медиатором. Медиатор является беспристрастным лицом. Медиатор помогает вам и региональному центру достичь договоренности по поводу вашей апелляции. |
|  | **Я хочу провести процедуру медиации:**[ ]  В личном порядке; [ ]  по видеосвязи; и/или [ ]  по телефону |
| [ ] **Слушание** | Слушание проводит должностное лицо, слушающее дело. Должностное лицо, слушающее дело, заслушивает информацию от вас и представителя регионального центра. Должностное лицо, слушающее дело, помогает вам изложить факты. Должностное лицо, слушающее дело, проводит слушание справедливо и по существу. Должностное лицо, слушающее дело, выносит решение по вашей апелляции. |
|  | **Я хочу провести слушание:**[ ]  В личном порядке; [ ]  по видеосвязи; и/или [ ]  по телефону |

**\***Получили ли вы от регионального центра документ, который хотите обжаловать?

Если да, Выберите вариант ответа

Если вам было предъявлено уведомление о действии (Notice of Action, NOA), укажите дату его получения. Click or tap to enter a date.

Считаете ли вы, что имеете право на получение услуг в прежнем объеме? Это называется «продление помощи в ожидании решения».

[ ]  Да [ ]  Нет

**\***Действие, предлагаемое региональным центром (отметьте все подходящие варианты):

[ ]  Отказ в исходном праве на обслуживание

[ ]  Прекращение права на обслуживание

[ ]  Отказ в предоставлении услуги

[ ]  Сокращение объема услуг

[ ]  Прекращение обслуживания

Укажите дату вступления в силу предложенного решения регионального центра.Click or tap to enter a date.

**\*Причина(-ы) для этой апелляции:**

Имя заявителя (если лицо, подающее запрос, не является лицом, для которого предназначена эта апелляция)

Имя: Фамилия: Отношение к лицу, от имени которого

подается апелляция:

Выберите вариант ответа

Улица и номер дома: Номер квартиры:

Город: Почтовый индекс:

Основной номер телефона: Дополнительный номер телефона: Адрес эл. почты:

Выберите вариант ответа Выберите вариант ответа

Если вы указали номер мобильного телефона, хотели бы вы получать текстовые сообщения?

[ ]  Нет [ ]  Да (Могут применяться тарифы на передачу данных)

Подпись заявителя: Дата:

 Click or tap to enter a date.

**В поле выше необходимо поставить свою подпись и дату. Подписать можно от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.**

НАДЕЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЯМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

**Этот раздел заполняется только в том случае, если у вас есть уполномоченный представитель.**

**Я, лицо, от имени которого подается эта апелляция, поручаю следующему человеку представлять мои интересы:**

Имя: Фамилия: Отношение к лицу, от имени которого

подается апелляция:

 Выберите вариант ответа

Улица и номер дома: Номер квартиры:

Город: Почтовый индекс:

Основной номер телефона: Дополнительный номер телефона: Адрес эл. почты:

Выберите вариант ответа Выберите вариант ответа

Если вы указали номер мобильного телефона, хотели бы вы получать текстовые сообщения?

[ ]  Нет [ ]  Да (Могут применяться тарифы на передачу данных)

Подпись лица, от имени которого подается апелляция: Дата:

Click or tap to enter a date.

**В поле выше необходимо поставить свою подпись и дату. Подписать можно от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.**

ДАТЫ/ВРЕМЯ, КОГДА ВЫ НЕДОСТУПНЫ

Укажите даты и время, когда вы будете недоступны в течение следующих 90 дней, чтобы неофициальная встреча, процедура медиации или слушание не были запланированы на эти даты и время:

**\***Подпись лица, подающего этот запрос,

или уполномоченного представителя: **\***Дата:

 Click or tap to enter a date.

В поле выше необходимо поставить свою подпись и дату. Подписать можно от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.

**Права, имеющиеся у вас в процессе апелляции, предоставлены вам при получении NOA. Эти права также перечислены здесь:** [**https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Russian.pdf**](https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Russian.pdf)