**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](mailto: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](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov). Если вы являетесь участником программы самоопределения, направьте письмо по адресу [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto: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)