**申诉申请表**

**DS 1821**（版本号：March 2023）

**如何申诉**

* 您可以在DDS网站上提交电子版的申请表：<https://bit.ly/DDSAppealForm>
* 您可以通过电子邮件将所附表格发送至[AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* 您可以将所附表格邮寄至以下地址：1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* 您可以将所附表格传真至以下号码：916-654-3641

您必须在规定时限内提交申诉申请。有两个截止日期。

* 如果您想在申诉期间继续接受当前服务，请遵守第一个截止期限：
  + 您的申请必须在收到NOA后的30天内、行动生效日期之前寄出（以邮戳为准）或递交至DDS。
  + 在申诉期间继续接受当前服务被称为援助支付未决。
* 第二个截止日期针对所有其他申诉申请。如果您的申诉申请是在收到NOA后的31至60天内提出的，在您申诉期间区域中心将执行决定。申诉申请必须在您收到NOA或善意确信声明函之日起60天内寄出（以邮戳为准）或送达DDS。

**到哪里寻求帮助**

在申诉期间，您可以寻求帮助。能够帮助您的人有：

* 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员，如果您开口求助的话。
* 您的客户权益倡导人（CRA），联系方式如下：
  + - 北加州：(800) 390-7032，或
    - 南加州：(866) 833-6712，或
    - 在此处查找您所在区域中心的客户权益倡导人：<https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* [监察专员](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)办公室： (877) 658-9731或[ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)。如果您参加了自主决定计划，请发送电子邮件至[sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)。
* 您也可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
* 您的区域中心可能会为您联系当地的家长支持团体或社区组织，他们或许会对您有所帮助。
* 如果您住在Porterville发展中心、Canyon Springs或一家STAR Home，您也可以向加州发育障碍理事会（State Council on Developmental Disabilities）求助：
  + - Canyon Springs、Desert STAR、South STAR：(760) 770-0651
    - Porterville和Central STAR： (559) 782-2431
    - 总部：(408) 834-2458
    - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

|  |  |
| --- | --- |
| **扫描二维码或点击链接即可访问“申诉资料包”。您可以了解申诉程序相关的额外信息。** | **QR Code**  <https://bit.ly/AppealsHome> |

**本次申诉的当事人是： \***必填项目

**\***名： **\***姓： **\***出生日期： 唯一的客户识别号（UCI），如有：

**\***街道地址： 公寓号：

**\***城市： **\***邮政编码：

**\*必须至少提供一种能联系到您的方式。**

主要电话号码： 第二电话号码： 电子邮件地址：

请选择一项 请选择一项

如果是手机的话，您愿意接收短信吗？否  是 （可能会收取数据费用）

**\***此次申诉与哪家区域中心有关？请选择一项

**\***您需要口译员吗？是  否

**\***您偏好的语言是什么？请选择一项

**\***申诉程序共有三部分。您可以使用其中一道或多道程序。如果您使用一道程序未能解决分歧，您可以决定在随后使用其他程序。**在下方选择您想要使用的程序。注：** 如果您在下方选择视频，您必须提供电子邮件地址。

|  |  |
| --- | --- |
| **非正式会议** | 您与区域中心主任或其指定人士会面。您与区域中心将尝试解决您的申诉诉求。 |
|  | **我希望我的非正式会议以以下方式召开：**  面对面；视频会议；和/或电话会议 |
| **调解** | 您和区域中心与调解员会面。调解员是一位保持中立立场的人士。调解员会协助您和区域中心就您的申诉事项达成协议。 |
|  | **我希望我的调解会议以以下方式召开：**  面对面；视频会议；和/或电话会议 |
| **听证会** | 您的听证会由听证官主持。听证官听取您和区域中心描述各自的情况。听证官会协助您摆明事实。听证官将保证听证会的公平，以非正式的形式解决争议。随后听证官会对您的申诉做出裁决。 |
|  | **我希望我的听证会以以下方式召开：**  面对面；视频会议；和/或电话会议 |

**\***您是否收到了区域中心随附的申诉申请文档？

如回答为是，请选择一项

如果您收到了行动通知（NOA），您是在哪天收到的？Click or tap to enter a date.

您认为您有资格继续接受当前服务吗？这称之为“援助支付未决”。

是 否

**\***区域中心提议采取的行动（勾选所有适用项）：

资格否决

资格终止

服务否决

服务缩减

服务终止

区域中心提议的行动生效日期是什么时候？Click or tap to enter a date.

**\*提出申诉的原因：**

申诉申请人姓名（如果提出申请的人并非此次申诉的当事人）

名： 姓： 与此次申诉当事人的关系：

请选择一项

街道地址： 公寓号：

城市： 邮政编码：

主要电话号码： 第二电话号码： 电子邮件地址：

请选择一项 请选择一项

如果是手机的话，您愿意接收短信吗？否 是 （可能会收取数据费用）

申诉申请人签名： 日期：

Click or tap to enter a date.

**您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。**

代表授权

**只有在您有授权代表的情况下才需要填写此部分。**

**本人，即本次申诉的当事人，授权以下人士在本次申诉中代我行事：**

名： 姓： 与此次申诉当事人的关系：

请选择一项

街道地址： 公寓号：

城市： 邮政编码：

主要电话号码： 第二电话号码： 电子邮件地址：

请选择一项 请选择一项

如果是手机的话，您愿意接收短信吗？否 是 （可能会收取数据费用）

申诉当事人签名： 日期：

Click or tap to enter a date.

**您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。**

非空闲日期/时间

请写下您在接下来90天内的非空闲日期和时间，以避开将您的非正式会议、调解会议或听证会安排在这些日期和时间：

**\***提交此申诉申请的人或其授权代表的签名： **\***日期：

Click or tap to enter a date.

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

**NOA随附了您在申诉过程中享有的权利说明。也可以在此处查看您的权利：**

[**https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Simplified-Chinese.pdf**](https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Simplified-Chinese.pdf)