**‎اپیل کا درخواست فارم**

**DS 1821** (نظر ثانی March 2023)

**اپیل کیسے کریں**

* آپ DDS کی ویب سائٹ پر فارم الیکٹرانک طور پر جمع کرا سکتے ہیں:

 <https://bit.ly/DDSAppealForm>

* آپ AppealRequest@dds.ca.gov پر ای میل کے ذریعے منسلکہ فارم بھیج سکتے ہیں.
* آپ منسلکہ فارم ڈاک کے ذریعے 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 پر بھیج سکتے ہیں
* آپ منسلکہ فارم کو 916-654-3641 پر فیکس کے ذریعے بھیج سکتے ہیں.

آپ کو اپنی اپیل کی درخواست لازماً وقت پر دائر کرنی چاہئیے. دو مقررہ اوقات ہیں.

* پہلی آخری تاریخ اس کے لیے ہے اگر آپ اپنی اپیل کے دوران اپنی موجودہ سروسز کو وہسا ہی برقرار رکھنا چاہتے ہیں:
	+ آپ کی درخواست کو لازماً آپ کو NOA ملنے کے بعد 30 دن کے اندر، زیادہ دیر نہ ہو اور کارروائی کیے جانے سے پہلے DDS کی جانب سے پوسٹ مارک یا موصول ہو جانا چاہیے.
	+ اپیل کے دوران اپنی موجودہ سروسز کو برقرار رکھنے کو زیر التواء ادا کردہ امداد کہا جاتا ہے.
* دوسری حتمی تاریخ اپیل کی تمام دیگر درخواستوں کے لیے ہے. اگر آپ کی اپیل کی درخواست آپ کو NOA ملنے کے بعد 31 سے 60 دنوں میں دائر کی جاتی ہے، تو ریجنل سینٹر کا فیصلہ آپ کی اپیل جاری رہنے کے دوران واقع ہو گا. اپیل کی درخواستوں کو لازماً NOA یا نیک نیتی کے یقین کا خط ملنے کی تاریخ کے 60 دن کے اندر، بنا کسی تاخیر DDS کی جانب سے پوسٹ مارک یا موصول ہو جانا چاہیے.

**مدد کہاں سے حاصل کی جائے**

آپ اپنی اپیل کی درخواست میں مدد حاصل کر سکتے ہیں. جو لوگ آپ کی مدد کر سکتے ہیں، ان میں ہیں:

* آپ کا سروس رابطہ کار یا دیگر ریجنل سینٹر کا عملہ، اگر آپ ان سے پوچھتے ہیں.
* آپ کے کلائنٹس کے حقوق کا وکیل (CRA)، ذیل پر:
	+ - شمالی کیلیفورنیا کے لیے (800) 390-7032، یا
		- جنوبی کیلیفورنیا کے لیے (866) 833-6712، یا
		- اپنے ریجنل سینٹر میں کلائنٹ کے حقوق کے وکیل کو یہاں تلاش کریں: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* [محتسب اعلٰی](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) کے دفاتر (877) 658-9731 پر یا ombudsperson@dds.ca.gov. اگر آپ خود ارادیت کے پروگرام میں ہیں تو اس کے بجائے sdp.ombudsperson@dds.ca.gov پر ای میل کریں.
* آپ فیملی ریسورس سینٹر سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* آپ کا ریجنل سینٹر مقامی پیرنٹ سپورٹ گروپ یا کمیونٹی کی بنیاد پر تنظیم کو تلاش کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے جو آپ کی مدد کر سکتی ہے.
* اگر آپ پورٹر ویل ڈویلپمنٹ سینٹر، کینیان سپرنگز، یا STAR ہوم میں رہتے ہیں، تو آپ ریاستی کونسل برائے ترقیاتی معذوری سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں:
	+ - کینیان سپرنگز، ڈیزرٹ STAR، جنوبی STAR (760) 770-0651
		- پورٹر ویل اور سینٹرل STAR (559) 782-2431
		- ہیڈکوارٹرز (408) 834-2458
		- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

|  |  |
| --- | --- |
| **QR Code**[**https://bit.ly/AppealsHome**](https://bit.ly/AppealsHome) | **"اپیلوں کا انفارمیشن پیکٹ" QR کوڈ یا ذیل میں دیئے گئے لنک کو استعمال کرتے ہوئے تلاش کیا جاتا ہے. وہ اپیل کے عمل کے بارے میں اضافی معلومات فراہم کرتے ہیں.** |

**اپیل کی یہ درخواست درج ذیل فرد کے لیے ہے: \***مطلوبہ قطعات

**\***پہلا نام: **\***آخری نام: **\***تاریخ پیدائش: منفرد کلائنٹ شناخت کنندہ (UCI)، اگر کوئی ہے

**\***سٹریٹ ایڈریس: اپارٹمنٹ نمبر:

**\***شہر: **\***زپ:

**\*آپ سے رابطہ کرنے کا ایک طریقہ مطلوب ہے.**

بنیادی فون نمبر: ثاںوی فون نمبر: ای میل ایڈریس:

ایک شے منتخب کریں ایک شے منتخب کریں

اگر موبائل فون ہے تو کیا آپ ٹیکسٹ پیغامات وصول کرنا چاہیں گے؟ [ ]  نہیں [ ]  ہاں (ڈیٹا کے نرخ لاگو ہو سکتے ہیں)

**\***یہ اپیل کس ریجنل سینٹر کے بارے میں ہے؟ ایک شے منتخب کریں

**\***کیا آپ کو ایک مترجم کی ضرورت ہے؟ [ ]  ہاں [ ]  نہیں

**\***آپ کس زبان کو ترجیح دیتے ہیں؟ ایک شے منتخب کریں

**\***اپیل کے عمل کے تین حصے ہیں. آپ ان حصوں میں سے ایک یا زیادہ کو استعمال کر سکتے ہیں. اگر آپ ایک حصہ کو استعمال کرتے ہوئے اپنا اختلاف کو حل نہیں کرتے ہیں، تو آپ دوسرے حصوں کو بعد میں استعمال کرنے کا فیصلہ کر سکتے ہیں. **وہ حصے منتخب کریں جو آپ استعمال کرنا چاہتے ہیں.** **نوٹ کریں:** اگر آپ نے درج ذیل ویڈیو کو منتخب کیا ہے، تو آپ لازماً ایک ای میل ایڈریس فراہم کریں

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **غیر رسمی میٹنگ** | آپ ریجنل سینٹر کے ڈائریکٹر یا ان کے منتخب کردہ کسی فرد سے ملتے ہیں. آپ اور ریجنل سینٹر آپ کی اپیل کو حل کرنے کی کوشش کریں گے. |
|  | **میں چاہتا ہوں کہ میری غیر رسمی میٹنگ ہو:** [ ]  شخصی طور پر؛ [ ]  ویڈیو کے ذریعے؛ اور/یا [ ]  ٹیلی فون کے ذریعے |
| [ ] **ثالثی**  | آپ اور ریجنل سینٹر ایک ثالث کے ساتھ ملتے ہیں. ثالث ایک غیر جانبدار شخص ہے. ثالث آپ کی اپیل کے بارے میں معاہدہ کرنے میں آپ اور ریجنل سینٹر کی مدد کرتا ہے. |
|  | **میں چاہتا ہوں کہ میری ثالثی ہو:**[ ]  شخصی طور پر؛ [ ]  ویڈیو کے ذریعے؛ اور/یا [ ]  ٹیلی فون کے ذریعے |
| [ ] **سماعت** | آپ کی سماعت، ایک سماعتی افسر کے پاس ہے. سماعتی افسر آپ اور ریجنل سینٹر سے معلومات کو سنتا ہے. سماعتی افسر آپ کے سامنے حقائق لانے میں آپ کی مدد کرتا ہے. سماعتی افسر سماعت کو منصفانہ اور غیر رسمی بناتا ہے. اس کے بعد سماعتی افسر آپ کی اپیل کے بارے میں فیصلہ کرتا ہے. |
|  | **میں چاہتا ہوں کہ میری سماعت ہو:**[ ]  شخصی طور پر؛ [ ]  ویڈیو کے ذریعے؛ اور/یا [ ]  ٹیلی فون کے ذریعے |

**\***کیا آپ کو ریجنل سینٹر سے کوئی دستاویز موصول ہوئی ہے جس پر آپ اپیل کرنا چاہیں گے؟

اگر ہاں، ایک شے منتخب کریں

اگر آپ کو نوٹس برائے کارروائی (NOA) موصول ہوا ہے، تو آپ کو یہ کس تاریخ کو موصول ہوا ہے؟ Click or tap to enter a date.

کیا آپ یقین رکھتے ہیں کہ آپ اپنی موجودہ سروسز کو برقرار رکھنے کے اہل ہیں؟ اسے "زیر التواء ادا کردہ امداد" کہا جاتا ہے.

[ ]  ہاں [ ]  نہيں

**\***ریجنل سینٹر کی طرف سے مجوزہ کارروائی کی جا رہی ہے (لاگو ہونے والے تمام پر نشان لگائیں):

[ ]  اہلیت سے انکار

[ ]  اہلیت کا خاتمہ

[ ]  سروس انکار

[ ]  سروس میں کمی

[ ]  سروس کا خاتمہ

ریجنل سینٹر کی کارروائی کی تجویز کردہ مؤثر تاریخ کیا ہے؟ Click or tap to enter a date.

**\*اس اپیل کی وجہ(وجوہات):**

درخواست گزار کا نام (اگر یہ درخواست کرنے والا فرد وہ فرد نہیں ہے جس کے لیے اپیل کی یہ درخواست ہے)

پہلا نام: آخری نام: اس فرد سے تعلق جس کے لیے یہ اپیل ہے:

 ایک شے منتخب کریں

پتہ: اپارٹمنٹ نمبر:

شہر: زپ:

بنیادی فون نمبر: ثاںوی فون نمبر: ای میل ایڈریس:

ایک شے منتخب کریں ایک شے منتخب کریں

اگر موبائل فون ہے تو کیا آپ ٹیکسٹ پیغامات وصول کرنا چاہیں گے؟ [ ]  نہیں [ ]  ہاں (ڈیٹا کے نرخ لاگو ہو سکتے ہیں)

درخواست گزر کے دستخط: تاریخ:

Click or tap to enter a date.

**آپ کو لازماً درج بالا جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ درج کرنی چاہئیے. اس پر سیاہی سے یا الیکٹرانک طور پر دستخط کیے جا سکتے ہیں. اپنا نام ٹائپ کر کے، آپ اتفاق کر رہے ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پر دستخط کر دیئے ہیں.**

نمائندہ کی اجازت

**اس سیکشن کو صرف اس صورت میں مکمل کریں جب آپ کے پاس ایک مجاز نمائندہ ہو.**

**میں، وہ شخص جس کے لیے یہ اپیل ہے، درج ذیل شخص کو اس اپیل میں اپنی نمائندگی کرنے کا اختیار دیتا ہوں:**

پہلا نام: آخری نام: اس فرد سے تعلق جس کے لیے یہ اپیل ہے:

ایک شے منتخب کریں

پتہ: اپارٹمنٹ نمبر:

شہر: زپ:

بنیادی فون نمبر: ثاںوی فون نمبر: ای میل ایڈریس:

ایک شے منتخب کریں ایک شے منتخب کریں

اگر موبائل فون ہے تو کیا آپ ٹیکسٹ پیغامات وصول کرنا چاہیں گے؟ [ ]  نہیں [ ]  ہاں (ڈیٹا کے نرخ لاگو ہو سکتے ہیں)

اس فرد کے دستخط جس کے لیے یہ اپیل ہے: تاریخ:

Click or tap to enter a date.

**آپ کو لازماً درج بالا جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ درج کرنی چاہئیے. اس پر سیاہی سے یا الیکٹرانک طور پر دستخط کیے جا سکتے ہیں. اپنا نام ٹائپ کر کے، آپ اتفاق کر رہے ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پر دستخط کر دیئے ہیں.**

تاریخیں/وقت دستیاب نہیں ہیں

براہ کرم اگلے 90 دنوں کے اندر جب آپ دستیاب نہیں ہوں گے تو وہ تاریخیں اور وقت لکھیں تاکہ آپ کی غیر رسمی ملاقات، ثالثی، یا سماعت ان تاریخوں اور اوقات کے دوران مقرر نہ کی جائے:

**\***یہ اپیل درخواست جمع کرانے والے شخص کے دستخط، یا مجاز نمائندے: **\***تاریخ:

Click or tap to enter a date.

آپ کو لازماً درج بالا جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ درج کرنی چاہئیے. اس پر سیاہی سے یا الیکٹرانک طور پر دستخط کیے جا سکتے ہیں. اپنا نام ٹائپ کر کے، آپ اتفاق کر رہے ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پر دستخط کر دیئے ہیں.

**اپیل کے عمل کے دوران آپ کے حقوق آپ کے NOA کے ساتھ فراہم کیے گئے تھے. ان حقوق کو بھی یہاں درج کیا گیا ہے:**

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