**ແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA) \*** ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

**DS 1820 (Rev. 03/2023)**

**\***ວັນທີ:

**\***ສູນພາກພື້ນໃດທີ່ສະໜອງໃບ NOA ນີ້? ລະຫັດລູກຄ້າ (UCI), ຖ້າມີ

**ຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍ:**

**\***ຊື່: **\***ນາມສະກຸນ: **\***ວັນເດືອນປີເກີດ:

**\***ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: **\***ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

**\***ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:

**\***ເມືອງ: **\***ລະຫັດໄປສະນີ:

**\***ຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການຍົກເວັ້ນການບໍລິການ Medicaid ຕາມບ້ານ ແລະ ຊຸມຊົນແມ່ນບໍ

(ໝາຍອັນໜຶ່ງ) [ ]  **ແມ່ນ** [ ]  **ບໍ່ແມ່ນ**

**ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: (ຖ້າມີ)**

ຊື່: ນາມສະກຸນ: ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ:

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

**\*ວຽກທີ່ຕ້ອງປະຕິບັດທີ່ສູນພາກພື້ນໃຫ້ເຮັດ (ຖ້າຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງວຽກ, ໝາຍໃສ່ທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ):**

[ ]  ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ

[ ]  ຢຸດເຊົາການມີສິດໄດ້ຮັບ

[ ]  ປະຕິເສດການບໍລິການ

[ ]  ຫຼຸດການບໍລິການ

[ ]  ຢຸດເຊົາການບໍລິການ

**\*ວັນທີທີ່ສະເໝີປະຕິບັດຈະເກີດຂຶ້ນ:**

**\*ວຽກທີ່ສະເໜີປະຕິບັດ:**

**\*ເຫດຜົນການເໜີໃຫ້ປະຕິບັດ:**

**\*ຂໍ້ເທັດຈິງ ແລະ ກົດໝາຍທີ່ສະໜັບສະໜູນການສະເໜີປະຕິບັດ:**

**ກະລຸນາເບິ່ງໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ສຳລັບການເລືອກຂອງທ່ານ, ວິທີການອຸທອນການຕັດສິນໃຈນີ້ ແລະ ວິທີຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ**

**ການເລືອກຂອງທ່ານ**

ຖ້າທ່ານຕົກລົງເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈທີ່ສະເໜີໃນແຈ້ງການປະຕິບັດຂອງທ່ານ (NOA) ຫຼັງຈາກນີ້ທ່ານກໍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈທີ່ສະເໜີໄວ້ໃນ NOA ນີ້, ທ່ານມີສິດຍື່ນອຸທອນໄດ້. ການອຸທອນແມ່ນວິທີການແກ້ໄຂຄວາມບໍ່ເຫັນດີກັບສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານ. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນແມ່ນຈະສົ່ງໄປໃຫ້ພະແນກບໍລິການດ້ານພັດທະນາການ (DDS).

**ວິທີການອຸທອນ**

* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການອຸທອນທາງອີເລັກໂທຣນິກໄດ້ທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງ DDS: <https://bit.ly/DDSAppealForm>
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເມວໄປຫາ AppealRequest@dds.ca.gov
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງໄປສະນີໄປຫາ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງແຟັກໄປຫາ 916-654-3641

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ. ມີສອງກໍານົດເວລາ.

* ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທຳອິດແມ່ນໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮັກສາການບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄວ້ຄືເກົ່າໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ:
	+ ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງຈ້ຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຂອງທ່ານແລະ ກ່ອນການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວຈະເກີດຂຶ້ນ.
	+ ການຮັກສາການບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນເອີ້ນວ່າ "ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງລໍຖ້າຢູ່".
* ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທີສອງແມ່ນສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນອື່ນໆທັງໝົດ. ຖ້າໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 31 ຫາ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA, ການຕັດສິນຂອງສູນພາກພື້ນຈະເກີດຂຶ້ນໃນຂະນະທີ່ການອຸທອນຂອງທ່ານຍັງສືບຕໍ່. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນຕ້ອງຈ້ຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ຊ້າກວ່າ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ນີ້.

**ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ**

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຄົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້ແມ່ນ:

* ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
* ຜູ້ສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
	+ - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອຄາລິຟໍເນຍ, ຫຼື
		- (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ຄາລິຟໍເນຍ, ຫຼື
		- ຊອກຫາຜູ້ສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
* ຫ້ອງການ [ຜູ້ກວດສອບແຫ່ງລັດ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/) ທີ່ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov. ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກໍານົດຕົນເອງອີເມວໄປຫາ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ແທນ.
* ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະຫນັບສະຫນູນພໍ່ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ອາດຈະຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
* ຖ້າທ່ານອາໄສຢູ່ທີ່ສູນພັດທະນາ Porterville, Canyon Springs, ຫຼື ເຮືອນ STAR, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສະພາຄວາມພິການດ້ານການພັດທະນາການຂອງລັດ:
	+ - Canyon Springs, Desert STAR, STAR ພາກໃຕ້ (760) 770-0651
		- Porterville ແລະ STAR ພາກກາງ (559) 782-2431
		- ສຳນັກງານໃຫຍ່ (408) 834-2458
		- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>.

**"ຊຸດຂໍ້ມູນການອຸທອນ" ແມ່ນພົບເຫັນໂດຍໃຊ້ລະຫັດ QR ຫຼື ລິ້ງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຊຸດຂໍ້ມູນໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນ.**

<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

