

अपील अनुरोध परिवर्तन फॉर्म

DDS ट्रेकिंग नंबर:

OAH केस नंबर:

उस व्यक्ति का नाम, जिसके लिए अपील है (दावेदार):

ईमेल पता (यदि वीडियो के लिए अनुरोध किया गया है):

रीजनल सेंटर:

अपील प्रक्रिया के तीन भाग होते हैं। आप किन भागों का उपयोग करना चाहते हैं, उन्हें बदलने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें। यदि आपने पहले ही प्रक्रिया के एक भाग का प्रयोग कर लिया है, तो आप दुबारा इसका अनुरोध नहीं कर सकते।

यदि आप अपील प्रक्रिया का कोई भाग जोड़ना, रद्द करना या बदलना चाहते हैं, तो कृपया नीचे चयन करें:

<input type="checkbox"/> अनौपचारिक बैठक <input type="checkbox"/> जोड़ें <input type="checkbox"/> रद्द करें <input type="checkbox"/> बदलें	आप रीजनल सेंटर निदेशक या उनके चुने हुए किसी अन्य व्यक्ति से मिलते हैं। आप और रीजनल सेंटर, आपकी अपील का समाधान करने का प्रयास करेंगे। मैं अपनी अनौपचारिक बैठक इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> दूरभाष द्वारा
<input type="checkbox"/> मध्यस्थता <input type="checkbox"/> जोड़ें <input type="checkbox"/> रद्द करें <input type="checkbox"/> बदलें	आप और रीजनल सेंटर मध्यस्थ से मिलते हैं। मध्यस्थ एक अलग स्टेट डिपार्टमेंट से कोई तटस्थ व्यक्ति होता है। मध्यस्थ आपकी अपील के बारे में आपकी और रीजनल सेंटर की सहमति में मदद करता है। मैं अपनी मध्यस्थता इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> दूरभाष द्वारा
<input type="checkbox"/> सुनवाई <input type="checkbox"/> जोड़ें <input type="checkbox"/> रद्द करें <input type="checkbox"/> बदलें	आपकी सुनवाई हियरिंग ऑफिसर के साथ होती है। हियरिंग ऑफिसर एक अलग स्टेट डिपार्टमेंट से कोई तटस्थ व्यक्ति होता है। हियरिंग ऑफिसर अपील के बारे में तथ्यों को सुनता है। मैं अपनी सुनवाई इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> दूरभाष द्वारा

अपने परिवर्तनों को स्पष्ट करें (यदि आवश्यक हो):

उस व्यक्ति के हस्ताक्षर, जिसके लिए अपील है, अवयस्क बच्चे का पिता या माता,

अधिकृत प्रतिनिधि, संरक्षक, अभिभावक, या अटार्नी:

तिथि:

आपको ऊपर दिए गए स्थान में हस्ताक्षर करके तिथि लिखना आवश्यक है। इस पर स्याही से या इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किए जा सकते हैं। अपना नाम टाइप करके, आप सहमति दे रहे हैं कि आपने इस फॉर्म पर इलेक्ट्रॉनिक रूप से हस्ताक्षर किए हैं।

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया कल्याण एवं संस्थान कोड सेक्शन्स 4514 व 5328, हेल्थ इश्योरेंस पोर्टबिलिटी
एंड अकाउंटबिलिटी एक्ट