ایالات کالیفرنیا – نمایندگی خدمات صحی و بشری

دیپارتمنت خدمات انکشافی

اداره استیناف و حل اختلافات جامعه

فورم درخواست تجدید نظر لانترمن (Lanterman)

DS 1821 (Rev. 09/2023)

Click or tap here to enter text.

**این فورم برای درخواست تجدید نظر خدمات و امتیازات** لانترمن **(Lanterman) استفاده می شود. این فورم برای استفاده شروع زودهنگام و یا فروش درخواست تجدید نظر نمیباشد.**

**چطور یک درخواست تجدید نظر را فایل کنیم:**

* سریع ترین راه برای فایل کردن یک درخواست از طریق ویبسایت دیپارتمنت خدمات انکشافی بطور الکترونیکی میباشد: <https://bit.ly/DDSAppealForm>

دیگر طریقه های ارائه یک درخواست:

* شما میتوانید فورم ضمیمه شده را ذریعه ایمیل به [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov) روان نمایید
* شما میتوانید فورم تان را ذریعه نامه به 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 روان نمایید
* شما میتوانید فورم تان را ذریعه فکس به 916-654-3641 روان نمایید

تقسیم اوقات برای درخواست تجدید نظر:

شما باید درخواست تجدید نظر خود را به موقع فایل نمایید. همه درخواست های تجدید نظر نباید دیرتر از 60 روز از تاریخ اطلاع Notice of Action (NOA) یا Good faith Belief Letter (GFBL). دریافت شده باشند. دو ضرب العجل موجود میباشد.

* اولین ضرب العجل برای این است که خدمات فعلی خود را در جریان درخواست تجدید نظر حفظ نمایید
  + درخواست شما نباید دیرتر از 30 روز ازموقعی که NOA یا و GFBLدریافت نموده اید و یا قبل از کدام اقدام دیگر، دریافت یا پوست شده باشد.
  + حفظ نمودن خدمات فعلی شما در جریان درخواست تجدید نظر؛ کمک پرداخت در حال انتظار نامیده میشود.
* دومین ضرب العجل این است که اگر درخواست تجدید نظر شما که به مدت 31 تا 60 روز از موقعیکه شما NOA یا و GFBLدریافت گردیده؛ دریافت یا پوست شود. یک درخواست تجدید نظر که در جریان 31 الی 60 روز پر شده باشد پروسس خواهد شد؛ اما کمک پرداخت درحال انتظار به شما داده نخواهد شد.

از کجا برای درخواست تجدید نظر خود کمک بگیریم:

* هماهنگ کننده خدمات شما یا دیگر کارمندان سنتر مرکزی، اگر از آنان درخواست نمایید.
* مدافع حقوق مراجعه کنندگان شما (CRA) به نمبر:
  + - (800) 390-7032 برای کالیفرنیای شمالی, (866) 833-6712 برای کالیفرنیای جنوبی، یا
    - [مدافع حقوق مراجعه کننده در سنتر منطقه ای خود را در اینجا پیدا](https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)) کنید.
* ادارات بازرسی ذریعه 9731-658 (877) یا [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)، یا [بصورت آنلاین در اینجا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
  + اگر عضو "پروگرام خود مختاری" هستید، لطفا به [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) ایمیل نمایید یا [از اینجا آنلاین شوید](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* شورای ایالاتی در رابطه با معلولیت های انکشافی (SCDD). برای جستجو اداره SCDD محلی خود، "ادارات منطقه ای" این صفحه ویب را انتخاب نموده: <www.scdd.ca.gov>و بعدا منطقه خود را انتخاب نمایید. همچنین میتوانید با نمبر 9886-818 (833) با آنها دسترسی داشته باشید.
* حقوق معلولین کالیفرنیا (DRC) به نمبر:
* 1-800-776-5746، 1-800-719-5798 برای TTY و یا میتوانید [فورم پذیرش آنلاین DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form) را تکمیل نمایید.
* DRC در روزهای دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه، و جمعه از 9:00 صبح – 3:00 بعد از چاشت در دسترس میباشد.
* همچنان میتوانید از سنتر منابع خانواده کمک بگیرید:<https://frcnca.org/get-connected/>.
* امکان دارد سنتر منطقه ای شما بتواند در پیدا نمودن گروه حمایتی والدین محلی یا ارگان مردمی که بتواند به شما کمک نماید،

به شما کمک نماید.

|  |  |
| --- | --- |
| "بسته معلومات تجدید نظر" با استفاده از کد QR یا لینک ذیل پیدا میشود. آنها معلومات اضافه در مورد پروسه تجدید نظر ارائه مینمایند. | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/11/Lanterman-Act-Eligibility-Service-Appeals-Information-Packet-Dari.pdf> |

**معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیوت 4514 و 5328 ، بیمه صحی قابل انتقال و پاسخگویی قانون**

**\*** **\* سنتر مرکزی در مورد درخواست تجدید نظر کدام است؟** یک مورد را انتخاب نماییدChoose an item. بخش های ضروری

**معلومات در مورد شخصی که خدمات سنتر مرکزی را دریافت و یا جستجو مینماید:**

**\*نام:** **\*تخلص: تاریخ ولادت\***  **(UCI) مشخصه موکل خاص**

**:آدرس سرک\*** **:نمبر اپارتمنت**

**:شهر\*** **زیپ\***

**:نمبر تماس دائمی نوعیت نمبر تلفون اولیه : آیا پیام های کتبی درست است؟**

 شخصی  خانه  وظیفه  بله  نخیر

**نمبر تماس ثانویه: نوعیت نمبر تلفون اولیه : آیا پیام های کتبی درست است؟**

 شخصی  خانه  وظیفه  بله  نخیر

)هزینه معلومات امکان دارد که اعمال شود(

**ایمیل آدرس:**

**\*ترجیح میدهید که چطور با شما به تماس شویم؟**  تماس تلفونی  ایمیل  پیام کتبی

**\*کدام زبان را ترجیح میدهید؟** Choose an item. **\***آیا به ترجمان ضرورت دارید؟   بله   نخیر

**اگر شما درخواست تجدید نظر برای شخص دیگر را مینمایید، معلومات خود را در اینجا ثبت نمایید:**

**نام:** **تخلص:**

**نسبت شما با شخصی که درخواست تجدید نظر مربوط به وی است:**

**والدین**  **محافظ**  **ولی**

**عضوخانواده**  **مدافع حقوقی**  **نماینده قانونی**

**وکیل**  **دیگر**

**آدرس سرک:** **نمبر اپارتمنت**

**:شهر زیپ کود**

**نمبر تماس دائمی: نوعیت نمبر تلفون اولیه : آیا پیام های کتبی درست است؟**

 شخصی  خانه  وظیفه  بله  نخیر

**نمبر تماس ثانویه: نوعیت نمبر تلفون اولیه : آیا پیام های کتبی درست است؟**

 شخصی  خانه  وظیفه  بله  نخیر

)هزینه معلومات امکان دارد که اعمال شود(

**ایمیل آدرس:**

**\*ترجیح میدهید که چطور با شما به تماس شویم؟**  تماس تلفونی  ایمیل  پیام کتبی

**\*کدام زبان را ترجیح میدهید؟**  Choose an item. **\***آیا به ترجمان ضرورت دارید؟   بله   نخیر

**معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیوت 4514 و 5328 ، بیمه صحی قابل انتقال و پاسخگویی قانون**

**چرا درخواست تجدید نظر نموده اید؟**

**\*آیا کدام سندی از سنتر مرکزی که شما میخواهید درخواست تجدید نظر نمایید، دریافت نموده اید؟**

  اطلاع عمل(NOA)   نامه حسن نیت (GFBL)   هیچکدام

اگر شما یک **NOA دریافت نمودید، به کدام تاریخ بوده است؟** برای واردن کردن تاریخ اینجا کلیک یا ضربه بزنید

Click or tap to enter a date.

**\*اقدام پیشنهادی که از طریق سنتر منطقه ای صورت میگیرد:**

(تمام موارد درخواستی را چک نمایید)

|  |  |
| --- | --- |
| **انکار واجد شرایط بودن:** | شما توسط یک سنتر منطقه ای اطلاع حاصل نمودید که طبق قانون لانترمن واجد شرایط خدمات سنتر منطقه ای نمیباشید. (این برای شروع زود هنگام واجد شرایط بودن، نمیباشد). |
|  |  |
| فسخ واجد شرایط بودن: | شما در حال حاضر خدمات سنتر منطقه ای را دریافت مینمایید و به شما اطلاع داده شده که دیگر واجد شرایط نمیباشید. این میتواند به این دلیل باشد که شما ارزیابی مجدد و مشخص برای واجد شرایط بودن در خدمات سنتر منطقه ای گردیده اید. |
|  |  |
| **ا**نکار خدمات | شما درخواست خدمات نو نموده و درخواست از سوی سنتر منطقه ای شما رد شده است. |
|  |  |
| **کاهش خدمات:** | شما از طریق سنتر منطقه ای خود مطلع گردیده اید که شما خدمات کمتری از خدمات فعلی دریافت خواهید نمود. |
|  |  |
| **فسخ خدمات:** | شما از طریق سنتر منطقه ای خود مطلع گردیده اید که شما دیگر یک یا بیشتر از خدمات فعلی خود را دریافت نخواهید کرد. |
|  |  |

**تاریخ موثر پیشنهادی اقدام سنتر منطقه ای چیست؟** Click or tap to enter a date.برای وارد کردن تاریخ کلیک نموده یا بالای آن ضربه بزنید.

**\*دلایل برای درخواست این تجدید نظر:**

**معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیوت 4514 و 5328 ، بیمه صحی قابل انتقال و پاسخگویی قانون**

**چطور میخواهید که درخواست تجدید نظر شما حل گردد؟**

پروسه استیناف سه بخش دارد. امکان دارد شما یک یا بیشتر از این بخش ها را استفاده نمایید. اگر شما اختلاف نظر خود را با استفاده از یک بخش حل و فصل ننمودید، بعدا تصمیم میگیرید که از بخش های دیگر استفاده نمایید.

**\*بخش هایی را که میخواهید از موارد ذیل استفاده کنید؛ انتخاب نمایید:**

نوت: اگر ویدئوی ذیل را انتخاب نمودید، شما باید یک ایمیل آدرس ارائه نمایید.

|  |  |
| --- | --- |
| **جلسه غیر رسمی** | شما با مدیر سنتر منطقه ای و یا کسی که آنها را انتخاب نموده اند، ملاقات مینمایید. شما و سنتر منطقه ای تلاش خواهید نمود تا درخواست تجدید نظر خود را حل نمایید. . |
|  | من میخواهم که جلسه غیر رسمی من ذریعه باشد:  **شخصا؛**  **ذریعه ویدئو؛ و یا**  **ذریعه تیلفون** |
| **میانجیگر** | شما و سنتر منطقه ای با یک شخص میانجیگر ملاقات مینمایید. میانجیگر برای سنتر منطقه ای یا DDS کار نمینماید. میانجیگر به شما و سنتر منطقه ای کمک مینماید تا در مورد درخواست تجدید نظر شما موافقه صورت بگیرد. |
|  | من میخواهم که جلسه غیر رسمی من ذریعه باشد:  **شخصا؛**  **ذریعه ویدئو؛ و یا**  **ذریعه تیلفون** |
| استماع | جلسه استماع شما با یک آفیسر دادرسی است. آفیسر دادرسی برای سنتر منطقه ای یا DDS کار نمینماید. آفیسر دادرسی معلومات شما و سنتر منطقه ای را میشنود و به شما کمک مینماید تا حقایق خود را آشکار نمایید. بعدا آفیسر دادرسی در مورد موضوعات در مورد درخواست تجدید نظرشما تصمیم میگیرد. |
|  | من میخواهم که جلسه غیر رسمی من باشد:  **شخصا؛**  **ذریعه ویدئو؛ و یا**  **ذریعه تیلفون** |

**تاریخ/ وقت غیر قابل دسترس:**

لطفاً هر تاریخ و وقتی را که در طول 90 روز آینده در دسترس نمیباشید را بنویسید تا جلسه استماع، میانجیگری یا دادرسی غیررسمی شما در آن تاریخ ها و اوقات برنامه ریزی نشود:

**بخش امضاء:**

شخص ارائه کننده این فورم باید در مکان ذیل امضاء نموده و تاریخ را نوشته نماید. شما میتوانید این فورم را ذریعه قلم یا الکترونیکی امضاء نمایید. با تایپ نمودن نام خود، شما موافقه مینمایید که به طور الکترونیکی این فورم را امضاء نموده اید.

**\*امضاء:** **\* نام بشکل واضح:**

**\*تاریخ امضاء:**

**\*اگر شما قصد دارید که کس دیگری را به حیث نماینده اجازه بدهید تا درخواست تجدید نظر شما را انجام دهد، و یا اگر شما میخواهید این درخواست تجدید نظر از طرف یک کلانسال دیگر انجام شود، لطفا فورم جواز نماینده ضمیمه شده را تکمیل نمایید.**

**حقوق شما در جریان پروسس درخواست تجدید نظر با NOA یا GFBL شما داده شده، و آن را میتواند در اینجا جستجو نمایید:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/11/Your-Appeal-Rights-Dari.pdf>

**معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیوت 4514 و 5328 ، بیمه صحی قابل انتقال و پاسخگویی قانون**