ایالت کالیفرنیا -- آژانس سلامت و خدمات انسانی

سازمان خدمات رشدی

دفتر رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر و راهکارها

فرم درخواست تجدیدنظر قانون لنترنمن

DS 1821 (Rev. 09/2023)

Click or tap here to enter text.

**از این فرم برای درخواست تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن و خدمات قانون لنترنمن استفاده می‎​شود. این فرم برای درخواست تجدیدنظر شروع زودهنگام یا ارائه دهنده خدمات استفاده نمی‎​شود.**

**نحوه ثبت درخواست تجدید نظر:**

* سریعترین راه برای ثبت درخواست تجدیدنظر به صورت الکترونیکی در وب سایت سازمان خدمات رشدی (DDS) است: [https://bit.ly/DDSappealForm](https://bit.ly/DDSAppealForm)

**راه‎​های دیگر برای ارسال درخواست تجدید نظر:**

* می توانید فرم پیوست را از طریق ایمیل به [‎ AppealRequest@dds.ca.gov ‎](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)‎ ‎ارسال کنید.
* می توانید فرم پیوست را از طریق پست به ‎1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 ارسال کنید.
* می توانید فرم پیوست را از طریق فکس به شماره ‎916-654-3641 ارسال کنید

**جدول زمانی درخواست تجدیدنظر:**

شما باید درخواست تجدید نظر خود را به موقع ارسال کنید. تمام درخواست‌​های تجدیدنظر باید حداکثر ‎60 روز پس از تاریخ دریافت اطلاعیه اقدام (NOA) یا نامه اعتقاد حسن نیت (GFBL) مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شوند. دو مهلت وجود دارد.

* اولین مهلت برای این است که اگر می‎​خواهید خدمات فعلی خود را در طول درخواست تجدید نظر خود حفظ کنید:
  + درخواست شما باید حداکثر ‎30 روز از زمان دریافت NOA یا GFBL خود و قبل از اقدام، مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شود.
  + حفظ خدمات فعلی شما در طول درخواست تجدیدنظر، کمک‎​های پرداخت شده در انتظار نامیده می‎​شود.
* مهلت دوم در صورتی است که درخواست تجدیدنظر شما ‎31 تا ‎60 روز از زمانی که NOA یا GFBL خود را دریافت کرده‎‌اید مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شود. به درخواست تجدیدنظری که ظرف ‎31 تا ‎60 روز ثبت شود، رسیدگی خواهد شد، اما کمک‌های پرداخت شده در انتظار اعطا نخواهد شد.

**در مورد درخواست تجدید نظر خود از کجا کمک بگیرم:**

* مسئول هماهنگی خدمات شما یا سایر کارکنان مرکز منطقه‌ای، اگر از آنها بخواهید.
* مدافع حقوق مشتریان شما (CRA) با شماره تماس‎:
  + - (800) 390-7032 برای کالیفرنیای شمالی،‎ (866) 833-6712 ‎برای کالیفرنیای جنوبی،‎ ‎یا
    - [وکیل حقوق مشتریان را در مرکز منطقه‌ای خود در اینجا بیابید.](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)
  + دفاتر Ombudsperson به شماره (877) 658-9731 یا [‎ ombudsperson@dds.ca.gov ‎](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)‎‎، یا [‎ ‎آنلاین اینجا](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)‎.
  + اگر در برنامه خودتعیین‎‌گری هستید، لطفاً به [‎ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)‎ ایمیل بزنید یا به جای آن می‎​توانید [‎ ‎آنلاین](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/) ‎ ‎بروید.
* شورای دولتی ناتوانی‌های رشدی (SCDD)‎. برای پیدا کردن دفتر SCDD محلی خود، ‎"‎دفاتر منطقه‌ای" ‎را در بالای این صفحه وب انتخاب کنید‎: ‏[‎ www.scdd.ca.gov ‎](https://scdd.ca.gov/)‎ ‎، و سپس منطقه خود را انتخاب کنید. همچنین می‎​توانید با شماره (833) 818-9886با آنها تماس بگیرید.
* حقوق معلولان کالیفرنیا (DRC) در‎:
  + - ‎1-800-776-5746‏،‎ 1-800-719-5798 ‎برای TTY، یا می‎​توانید [‎ ‎فرم دریافت آنلاین DRC ‎](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form)‎ را تکمیل کنید.
    - DRC دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه و جمعه از ساعت ‎9:00 صبح تا ‎3:00 بعد از ظهر در دسترس است
* همچنین می‎توانید از مرکز منابع خانواده کمک بگیرید‎: ‏[‎ https://frcnca.org/get-connected/ ‎](https://frcnca.org/get-connected/).
* مرکز منطقه‌ای شما می‎تواند به شما کمک کند تا یک گروه محلی پشتیبانی والدین یا سازمان مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که بتواند به شما کمک کند.

|  |  |
| --- | --- |
| <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Farsi.pdf> | **«‎بسته اطلاعات تجدیدنظر» ‎با استفاده از کد QR یا پیوند پیدا می​شود. آنها اطلاعات بیشتری در مورد روند تجدید نظر ارائه می‎​دهند.** |

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‎​های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**

**\*‎ ‎این درخواست در مورد کدام مرکز منطقه‌ای است؟** یک مورد را انتخاب کنید **\***‎ ‎فیلدهای الزامی‎

**اطلاعات در مورد شخصی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‎​کند یا به دنبال آن است:**

**\*‎ ‎نام: \*‎ ‎نام خانوادگی: \*‎ ‎تاریخ تولد: شناسه مشتری منحصر به فرد (UCI)**

**\*‎ ‎آدرس خیابان: شماره آپارتمان:**

**\*‎ ‎شهر: \*‎ کدپستی:**

**شماره تلفن اصلی: نوع شماره تلفن اصلی: پیامک مشکلی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**شماره تلفن ثانویه: نوع شماره تلفن ثانویه: پیامک مشکلی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**آدرس ایمیل:**

**\*‎ترجیح می​دهید چگونه با شما تماس بگیریم؟**  تماس تلفنی   پست الکترونیک   پیام متنی

**\*‎ ‎چه زبانی را ترجیح می‎​دهید؟** یک مورد را انتخاب کنید **\*‎ ‎آیا به مترجم نیاز دارید؟** ‎بله ‎خیر

**اگر برای شخص دیگری درخواست تجدید نظر دارید، اطلاعات خود را در اینجا ارائه دهید:**

**‎نام: نام خانوادگی:**

**ارتباط با شخصی که برای او درخواست تجدید نظر شده است:**

پدر و مادر یک فرزند خردسال  حافظ حقوق  قیم

عضو خانواده  وکیل مدافع  سایر موارد:

نماینده مجاز  وکیل

**نشانی: شماره آپارتمان:**

**شهر: کد پستی:**

**شماره تلفن اصلی: نوع شماره تلفن اصلی: پیامک مشکلی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**شماره تلفن ثانویه: نوع شماره تلفن ثانویه: پیامک مشکلی ندارد؟**

 همراه ‎ ‎خانه ‎ ‎محل کار  بله ‎ ‎خیر

(‎هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود‎)

**آدرس ایمیل:**

**\*‎ترجیح می​دهید چگونه با شما تماس بگیریم؟**  تماس تلفنی   پست الکترونیک   پیام متنی

**\*‎ ‎چه زبانی را ترجیح می‎​دهید؟** یک مورد را انتخاب کنید **\*‎ ‎آیا به مترجم نیاز دارید؟** ‎بله ‎خیر

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‎​های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**

**چرا درخواست تجدید نظر می‎​کنید؟**

**\*‎ ‎آیا سندی از مرکز منطقه‌ای دریافت کردید که می‎​خواهید درخواست تجدید نظر کنید؟**

 اطلاعیه اقدام (NOA)   نامه اعتقاد به حسن نیت (GFBL)   هیچ کدام

**اگر NOA دریافت کردید، چه تاریخی آن را دریافت کردید؟** Click or tap to enter a date.

**\*‎ ‎اقدام پیشنهادی در حال انجام توسط مرکز منطقه‌ای:**

(‎همه موارد قابل اطلاق را علامت بزنید‎)

|  |  |
| --- | --- |
| یکی از مراکز منطقه‌ای به شما اطلاع داده است که بر اساس قانون لنترنمن واجد شرایط دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای نیستید. (‎این موضوع در مورد واجد شرایط بودن شروع زودهنگام صدق نمی‎کند)‎. | **رد صلاحیت:** |
|  |  |
| شما در حال حاضر خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‎​کنید و به شما اطلاع داده شد که دیگر واجد شرایط نیستید. این امر ممکن است به این دلیل باشد که شما مجددا ارزیابی شده‌اید و مشخص شده است که برای خدمات مرکز منطقه‌ای واجد شرایط نیستید. | **خاتمه صلاحیت:** |
|  |  |
| شما یک خدمت جدید درخواست کردید و مرکز منطقه‌ای شما این درخواست را رد کرد. | **رد خدمات:** |
|  |  |
| مرکز منطقه‌ای شما به شما اطلاع داده است که از خدمات فعلی، مقدار کمتری را دریافت خواهید کرد. | **کاهش خدمات:** |
|  |  |
| مرکز منطقه‌ای شما به شما اطلاع داده شده است که دیگر یک یا چند مورد از خدمات فعلی خود را دریافت نخواهید کرد. | **خاتمه خدمات:** |
|  |  |

**تاریخ اجرای پیشنهادی برای اقدام مرکز منطقه‌ای چه زمانی است؟** Click or tap to enter a date.

**\*‎ ‎دلیل(‎های) ‎این درخواست تجدیدنظر:**

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‎​های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**

**چگونه می‎​خواهید برای حل و فصل درخواست خود تلاش کنید؟**

فرآیند تجدید نظر سه بخش است. می‎توانید از یک یا چند مورد از این بخش‎ها استفاده کنید. اگر اختلاف خود را با استفاده از یک بخش حل نکردید، ممکن است بعداً تصمیم بگیرید که از بخش‌های دیگر استفاده کنید.

**\*بخش​هایی را که می​خواهید استفاده کنید در زیر انتخاب کنید:**

توجه‎: ‎اگر ویدیوی زیر را انتخاب کنید، باید یک آدرس ایمیل ارائه دهید.

|  |  |
| --- | --- |
| شما با مدیر مرکز منطقه‌ای یا شخصی که آنها انتخاب می‎​کنند ملاقات می‎​کنید. شما و مرکز منطقه‌ای سعی می‎​کنید درخواست تجدید نظر خود را حل کنید. | **جلسه غیر رسمی** |
| **من می‎​خواهم جلسه غیر رسمی‌ام این‎گونه باشد:**  به صورت حضوری؛ ‎ ‎توسط ویدئو؛ و‎/‎یا‎ ‎‎ ‎از طریق تلفن |  |
| شما و مرکز منطقه‌ای با یک میانجی ملاقات می‎​کنید. میانجی برای مرکز منطقه‌ای یا DDS کار نمی‎​کند. میانجی به شما و مرکز منطقه‌ای کمک می‎​کند تا در مورد درخواست تجدید نظر خود به توافق برسید. | **میانجی‎گری** |
| **من می‎​خواهم میانجی‎گری من این‎گونه باشد:**  به صورت حضوری؛ ‎ ‎توسط ویدئو؛ و‎/‎یا‎ ‎‎ ‎از طریق تلفن |  |
| جلسه دادرسی شما با حضور یکی از کارشناسان دادرسی برگزار می‎گردد. کارشناس دادرسی برای مرکز منطقه‌ای یا DDS کار نمی‎​کند. کارشناس دادرسی به اطلاعات شما و مرکز منطقه‌ای گوش می‎​دهد و به شما کمک می‎​کند تا حقایق خود را بیان کنید. سپس کارشناس دادرسی در مورد مسائل موجود در درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می‎​گیرد. | **دادرسی** |
| **من می‎​خواهم دادرسی من این‎گونه باشد:**  به صورت حضوری؛ ‎ ‎توسط ویدئو؛ و‎/‎یا‎ ‎‎ ‎از طریق تلفن |  |

**تاریخ​‌ها‎/‎زمان​‌هایی که در دسترس نیستید:**

لطفاً هر تاریخ و ساعتی را که در ‎90 روز آینده در دسترس نیستید بنویسید تا جلسه غیررسمی، میانجی‎گری‎ ‎یا دادرسی شما در آن تاریخ‌ها و ساعت‌ها برنامه‌ریزی نشود:

**بخش امضا:**

شخصی که این فرم را ارسال می‎​کند باید در کادر زیر امضا کند و تاریخ بزند. می توانید این فرم را با خودکار یا به صورت الکترونیکی امضا کنید. با تایپ نام خود، موافقت می‎​کنید که این فرم را به صورت الکترونیکی امضا کرده‌اید.

**\*‎ ‎امضا: \*‎ ‎نام با حروف مجزا:**

**\*‎ ‎تاریخ امضا:**

**‎\*‎اگر می‌خواهید به شخصی اجازه دهید که در درخواست تجدیدنظر شما نماینده شما باشد،‎ ‎یا اگر از طرف بزرگسال دیگری درخواست این تجدیدنظر را دارید، لطفاً فرم مجوز نماینده پیوست را تکمیل کنید.**

**حقوق شما در طول فرآیند تجدیدنظر در NOA یا GFBL شما ارائه شده است و می‌توانید آن را در اینجا بیابید‎: ‏**<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Farsi.pdf>

**اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‎​های 4514 ‎و ‎5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی**