カリフォルニア州保健福祉局

ランターマン法異議申し立て要請フォーム

DS 1821（改定2023/09）

発達障害サービス局

コミュニティ異議申し立て解決室

**このフォームは、ランターマン法の資格やサービスに関する異議申し立てに使用します。このフォームは、Early Startまたはベンダー関連の異議申し立てには使用できません。**

**異議申し立ての方法：**

* 異議申し立ての最も早い方法は、発達障害サービス局（DDS）のウェブサイト（<https://bit.ly/DDSAppealForm>）で電子的に行うことです

**その他の異議申し立ての方法：**

* 添付のフォームをEメールにてAppealRequest@dds.ca.govまで送信する
* 添付のフォームを「1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814」まで郵送する
* 添付のフォームをFAX（916-654-3641）にて送信する

**異議申し立ての期限：**

異議申し立ては期限内に行う必要があります。すべての異議申し立ては、通知書（Notice of Action：NOA）または誠意書（Good Faith Belief Letter：GFBL）を受け取ってから60日以内に、DDSにより受領される必要があります（消印有効）。期限には2つのパターンがあります。

* 異議申し立て中に現行のサービスを継続して受けたい場合：
	+ 異議申し立ては、NOAまたはGFBLを受け取ってから30日以内、かつ措置が施行される前に、DDSにより受領される必要があります（消印有効）。
	+ 異議申し立て中に現行のサービスを維持することを支援支給保留といいます。
* もう一つは、異議申し立てがNOAまたはGFBLを受け取ってから31日から60日以内の消印またはDDSに届いた場合の期限です。31～60日以内に提出された異議申し立ては処理されますが、支援支給保留は認められません。

**異議申し立てに関する相談先：**

* サービスコーディネーターや他の地域センターの職員に尋ねる
* クライアントの権利アドボケイト（Client's Rights Advocate：CRA）：
	+ - (800) 390-7032（北カリフォルニア）、 (866) 833-6712（南カリフォルニア）
		- [地域センター毎のクライアントの権利アドボケイトについては、こちらをご覧ください](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)。
	+ 苦情調査官事務局（The Ombudsperson Office）電話：(877) 658-9731またはombudsperson@dds.ca.gov、または[オンライン](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)。
	+ 自己決定プログラムに参加されている方は、sdp.ombudsperson@dds.ca.govまでメールでご連絡ください。[オンライン](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)でも受け付けております。
* 発達障害に関する州カウンシル（State Council on Developmental Disabilities：SCDD）地域のSCDD事務所を検索するには、こちらのウェブページ（[www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/)）の上部にある「Regional Offices」（地域事務局）を選び、お住まいの地域を選択してください。電話（(833) 818-9886）で問い合わせることもできます。
* カリフォルニア州障害者権利（Disability Rights California：DRC）：
	+ - 1-800-776-5746、1-800-719-5798（TTY）、または[DRCのオンライン入力フォーム](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form)にご記入ください。
		- 営業時間：月曜、火曜、木曜、金曜の9:00AM～3:00PM
* ファミリーリソースセンター (<https://frcnca.org/get-connected/>) に支援を依頼することも可能です。
* 地域センターでは、可能な限り、地域の保護者支援グループやコミュニティベースの組織をお探しします。

|  |  |
| --- | --- |
| **「異議申し立て情報パケット」には、QRコードまたはリンクからアクセスできます。異議申し立ての手続きに関する詳細が記載されています。** | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Japanese.pdf> |

**顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律**

**\*異議申し立ての対象となる地域センターを教えてください。**項目を選択 **\***必須項目

**地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方に関する情報：**

**\*名： \*氏： \*生年月日： 一意のクライアント識別子（UCI）**

**\*ストリート： 部屋番号：**

**\*市： \*ZIP：**

**電話番号1： 電話番号1の種別： テキストメッセージは使えますか？**

 [ ] 携帯 [ ]  自宅 [ ]  勤務先 [ ] はい [ ]  いいえ

 （データ通信料がかかる場合があります）

**電話番号2： 電話番号2の種別： テキストメッセージは使えますか？**

 [ ] 携帯 [ ]  自宅 [ ]  勤務先 [ ] はい [ ]  いいえ

 （データ通信料がかかる場合があります）

**Eメールアドレス：**

**\*ご希望の連絡方法**[ ] 電話 [ ] Eメール [ ] テキストメッセージ

**\*ご希望の言語** 項目を選択 **\*通訳は必要ですか？**[ ]  はい [ ]  いいえ

**他の人のために異議申し立てを行う場合は、ここにあなたの情報を入力してください。**

**名： 氏：**

**対象者との関係**

[ ] 未成年者の親 [ ] 保佐人 [ ] 保護者

[ ] 親族 [ ] 法律顧問 [ ] その他：

[ ] 正式な代理人 [ ] 弁護士

**ストリート： 部屋番号：**

**市： ZIPコード：**

**電話番号1： 電話番号1の種別： テキストメッセージは使えますか？**

 [ ] 携帯 [ ]  自宅 [ ]  勤務先 [ ] はい [ ]  いいえ

 （データ通信料がかかる場合があります）

**電話番号2： 電話番号2の種別： テキストメッセージは使えますか？**

 [ ] 携帯 [ ]  自宅 [ ]  勤務先 [ ] はい [ ]  いいえ

 （データ通信料がかかる場合があります）

**Eメールアドレス：**

**ご希望の連絡方法** [ ] 電話 [ ] Eメール [ ] テキストメッセージ

**\*ご希望の言語** 項目を選択 **\*通訳は必要ですか？**[ ]  はい [ ]  いいえ

**顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律**

**異議申し立てを要請する理由**

**\*異議申し立ての対象となる地域センターから書類を受け取りましたか？**

[ ] 通知書（Notice of Action：NOA） [ ] 誠意書（Good Faith Belief Letter：GFBL） [ ] どちらも受け取っていない

**NOAを受け取った場合、それはいつですか？**Click or tap to enter a date.

**\*地域センターによって取られる措置（案）：**

（該当するものすべてにチェック）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **資格の付与のお断り：** | ランターマン法に基づく地域センターのサービスを受ける資格がないと地域センターから通知された（Early Startは除外）。 |
|  |   |
| [ ] **資格の取り消し：** | 現在、地域センターのサービスを受けているが、資格取り消しの通知を受けた。再評価の結果、地域センターのサービスを受ける資格がないと判断された場合など。 |
|  |   |
| [ ] **サービス提供のお断り：** | 新規サービスを要請したが、地域センターから断られた。 |
|  |  |
| [ ] **サービス内容の縮小：** | 地域センターから、現行サービスが縮小されると通知された。 |
|  |  |
| [ ] **サービスの終了：** | 地域センターから、現行サービスが受けられなくなることを通知された。 |
|  |  |

**措置案の発効日（案）はいつですか？**Click or tap to enter a date.

**\*異議申し立ての理由：**

**顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律**

**ご希望の異議申し立て解決方法**

異議申し立て手続きには、3つの形式があります。複数の形式を利用することもできます。1つの形式を利用して意見の不一致が解決されない場合、他の形式を利用することもできます。

**\*以下、利用したい形式を選択してください。**

注：ビデオを選択した場合は、Eメールアドレスの入力が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **非公式な面談** | 地域センター事務局長または事務局が指定した担当者と面談を行います。あなたと地域センターは、異議申し立ての解決に努めます。 |
|  | **希望する非公式な面談の方法：**[ ] 対面、[ ] ビデオ、[ ] 電話 |
| [ ] **調停** | あなたと地域センターが調停委員を交えて面談します。調停委員は、地域センターまたはDDSで勤務する職員ではありません。調停委員は、あなたと地域センターが、異議申し立てを解決するのを助けます。 |
|  | **希望する調停の方法：**[ ] 対面、[ ] ビデオ、[ ] 電話 |
| [ ] **審議** | 審議は、審議官を交えて行われます。審議官は、地域センターまたはDDSで勤務する職員ではありません。審議官は、あなたと地域センターからの情報に耳を傾け、あなたの事情を聞き出します。審議官は、あなたの異議申し立て要請で扱われている問題について決定を下します。 |
|  | **希望する審議の方法：**[ ] 対面、[ ] ビデオ、[ ] 電話 |

**不都合な日時：**

90日以内で都合がつかない日時を記入し、その日時に非公式な面談、調停、審議が予定されないようにすることができます。

**署名欄：**

このフォームを提出する方は、以下の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

**\*署名： \*記名：**

**\*署名日：**

**\*異議申し立てにおいて代理人を立てる場合、または他の成人者の代理として異議申し立てを要請する場合は、添付の代理人委任フォームにご記入ください。**

**異議申し立て手続きにおけるあなたの権利は、NOAまたはGFBLとともに提供され、こちら
（**<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Japanese.pdf>**）からもご覧いただけます。**

**顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律**