រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា – ទីភ្នាក់ងារសុខាភិបាល និងមនុស្សកិច្ច

ទម្រង់បែបបទសំណើបណ្ដឹងសារទុកតាមច្បាប់ Lanterman

DS 1821 (Rev. 09/2023)

ក្រសួងសេវាគាំទ្រពិការភាពខួរក្បាល

ការិយាល័យបណ្ដឹងសាទុក្ខ និងដំណោះស្រាយសហគមន៍

**ទម្រង់បែបបទនេះប្រើដើម្បីប្ដឹងសាទុក្ខអំពីសេវាកម្ម និងលក្ខណសម្បត្តិតាមច្បាប់ Lanterman។ ទម្រង់បែបបទនេះមិនត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការចាប់ផ្ដើមដំបូង ឬបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកផ្ដល់សេវាទេ។**

**របៀបដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខ៖**

* មធ្យោបាយដ៏ឆាប់រហ័សបំផុតក្នុងការដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខគឺតាមរយៈអេឡិកត្រូនិកតាមគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាគាំទ្រពិការភាពខួរក្បាល (DDS)៖ <https://bit.ly/DDSAppealForm>

**ការដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខតាមមធ្យោបាយផ្សេង៖**

* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមអ៊ីមែលទៅកាន់ [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមសំបុត្រទៅកាន់អាសយដ្ឋាន 1215O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* អ្នកអាចផ្ញើទម្រង់ភ្ជាប់តាមទូរសារទៅកាន់លេខ 916-654-3641

**គ្រោងពេលសម្រាប់បណ្ដឹងសាទុក្ខ៖**

អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្ដឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យយទាន់ពេលវេលា។ សំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខទាំងអស់ត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS មិនឱ្យហួសពី 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA) ឬលិខិតបញ្ជាក់អះអាង (GFBL)។ មានថ្ងៃផុតកំណត់ចំនួនពីរ។

* កាលកំណត់ទីមួយគឺសម្រាប់បញ្ហាថាតើអ្នកចង់រក្សាទុកសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឱ្យនៅដដែលនៅក្នុងពេលដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែរឬទេ៖
  + សំណើរបស់អ្នកត្រូវតែបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS មិនឱ្យហួសពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកបានទទួល NOA ឬ GFBL របស់អ្នក និងនៅមុនពេលចាត់វិធានការ។
  + ការរក្សាទុកសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឱ្យនៅដដែលនៅអំឡុងពេលបណ្ដឹងសារទុក្ខត្រូវបានហៅថា ការរង់ចាំប្រាក់ជំនួយ។
* កាលផុតកំណត់ទីពីរគឺប្រសិនបើសំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកត្រូវបានបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬទទួលដោយ DDS ពីរយៈពេល 31 ដល់ 60 ថ្ងៃចាប់ពីពេលដែលអ្នកបានទទួល NOA ឬ GFBL របស់អ្នក។ បណ្ដឹងសាទុក្ខដែលបានដាក់ក្នុងរយៈពេលពី 31 ដល់ 60 ថ្ងៃនឹងត្រូវដំណើរការតាមនីតិវិធី ប៉ុន្តែអ្នកនឹងមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយទេ។

**កន្លែងទទួលជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្ដឹងរបស់អ្នក៖**

* អ្នកសម្របសម្រួលសេវាកម្មរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកសាកសួរពួកគេ។
* អ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនរបស់អ្នក (CRA) តាមលេខ៖
  + - (800) 390-7032 សម្រាប់ Northern California, (866) 833-6712 សម្រាប់ Southern California, ឬ
    - [ស្វែងរកអ្នកគាំពារសិទ្ធិអតិថិជនប្រចាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកនៅត្រង់នេះ](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)។
  + ការិយាល័យ Ombudsperson តាមលេខ (877) 658-9731 ឬ [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) ឬ [តាមអនឡាញនៅត្រង់នេះ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)។
  + ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Self-Determination Program, សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) ឬអ្នកអាចធ្វើតាម[អនឡាញ](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/)វិញក៏បាន។
* ក្រុមប្រឹក្សារដ្ឋស្ដីពីពិការភាពខួរក្បាល (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)។ ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ SCDD ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ចូរជ្រើសរើស “ការិយាល័យតំបន់ (Regional Offices)” នៅផ្នែកខាងលើនៃគេហទំព័រនេះ៖ [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) ហើយបន្ទាប់មកជ្រើសរើសតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យតំបន់តាមលេខ (833) 818-9886 បានផងដែរ។
* សិទ្ធិពិការភាពរដ្ឋ កាលីហ័្វរញ៉ា (Disability Rights California, DRC) តាមលេខ៖
  + - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 សម្រាប់ TTY, ឬអ្នកអាចបំពេញ [ទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញរបស់ DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form)។
    - DRC ធ្វើការនៅថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បត្តិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក – 3:00 រសៀល
* អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលធនធានគ្រួសារផងដែរ៖ <https://frcnca.org/get-connected/>។
* មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់របស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្វែងរកក្រុមគាំទ្រឪពុកម្ដាយក្នុងមូលដ្ឋាន ឬអង្គការនៅក្នុងសហគមន៍ដែលអាចជួយអ្នកបាន។

|  |  |
| --- | --- |
| **“កញ្ចប់ព័ត៌មានអំពីបណ្ដឹងសាទុក្ខ” អាចរកបានដោយប្រើកូដ QR ឬតំណភ្ជាប់នេះ។ ពួកគេផ្ដល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីនីតិវិធីបណ្ដឹងសាទុក្ខ។** | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Khmer.pdf> |

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**

**\*តើបណ្ដឹងសាទុក្ខចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់អំពីបញ្ហាអ្វី?** ជ្រើសរើសធាតុមួយ **\*** ផ្នែកដែលតម្រូវ

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលទទួលឬស្វែងរកសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

**\*នាមត្រកូល៖ \*នាមខ្លួន៖ \*ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ស្លាកសម្គាល់ពិសេសរបស់អតិថិជន (UCI)**

**\*អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖**

**\*ក្រុង៖ \*ហ្ស៊ីប៖**

**លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖**

**\*តើអ្នកចង់ឱ្យយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីណា?**  តាមទូរសព្ទ   តាមអ៊ីមែល   តាមសារជាអក្សរ

**\*តើអ្នកចូលចិត្តប្រើភាសាអ្វី?** ជ្រើសរើសធាតុមួយ **\*តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដែរឬទេ?**  បាទ/ចាស ទេ

**ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្ដឹងសាទុក្ខសម្រាប់អ្នកផ្សេង ចូរផ្ដល់ព័ត៌មានរបស់អ្នកនៅទីនេះ៖**

**នាមត្រកូល៖ នាមខ្លួន៖**

**ទំនាក់ទំនងចំពោះអ្នកដែលជាម្ចាស់បណ្ដឹងសាទុក្ខ៖**

ឪពុកម្ដាយកុមារតូច  អ្នកមើលថែ  អាណាព្យាបាល

សមាជិកគ្រួសារ  អ្នកគាំពារផ្លូវច្បាប់  ផ្សេងៗ៖

អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ  មេធាវី

**អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ លេខអាប៉ាតឺម៉ង់៖**

**ក្រុង៖ កូដតំបន់៖**

**លេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីមួយ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**លេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ប្រភេទលេខទូរសព្ទខ្សែទីពីរ៖ ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?**

 ទូរសព្ទចល័ត  ផ្ទះ  កន្លែងការងារ  បាទ/ចាស  ទេ

(អាចគិតថ្លៃប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ)

**អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖**

**តើអ្នកចង់ឱ្យយយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីណា?**  តាមទូរសព្ទ   តាមអ៊ីមែល   តាមសារជាអក្សរ

**\*តើអ្នកចូលចិត្តប្រើភាសាអ្វី?** ជ្រើសរើសធាតុមួយ **\*តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដែរឬទេ?**  បាទ/ចាស ទេ

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**

**ហេតុអ្វីបានជាអ្នកស្នើសុំបណ្ដឹងសាទុក្ខ?**

**\*តើអ្នកបានទទួលឯកសារពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ដែលអ្នកចង់ដាក់បណ្ដឹងសាទុក្ខដែរឬទេ?**

 ការជូនដំណឹងអំពីវិធានការ (NOA)   លិខិតបញ្ជាក់អះអាង (GFBL)   មិនមែនមួយណា

**ប្រសិនបើអ្នកបានទទួល NOA តើអ្នកបានទទួលវានៅថ្ងៃណា?** Click or tap to enter a date.

**\*វិធានការស្នើឡើងដែលបានអនុវត្តដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់៖**

(គូសធីកទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)

|  |  |
| --- | --- |
| **ការបដិសេធចំពោះលក្ខណសម្បត្តិ៖** | អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ថាអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌតំបន់តាមច្បាប់ Lanterman ទេ។ (នេះមិនមែនជាលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ការចាប់ផ្ដើមដំបូង (Early Start) ឡើយ)។ |
|  |  |
| **ការបញ្ចប់លក្ខណសម្បត្តិ៖** | បច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងទទួលសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ហើយអ្នកបានទទួលដំណឹងថាអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិទៀតហើយ។ នេះអាចបណ្ដាលមកពីអ្នកត្រូវបានវាយតម្លៃឡើងវិញ និងកំណត់ថាលែងមានលក្ខណសម្បត្តិក្នុងការទទួលបានសេវាពីមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។ |
|  |  |
| **ការបដិសេធផ្ដល់សេវា៖** | អ្នកបានស្នើសុំសេវាថ្មី ហើយសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេដោយមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។ |
|  |  |
| **ការកាត់បន្ថយសេវា៖** | មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកបានជូនដំណឹងថាអ្នកនឹងទទួលបានសេវាបច្ចុប្បន្នតិចជាងនេះ។ |
|  |  |
| **ការឈប់ផ្ដល់សេវា៖** | មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់របស់អ្នកបានជូនដំណឹងថាអ្នកនឹងលែងទទួលបានសេវាបច្ចុប្បន្នមួយឬច្រើនទៀតហើយ។ |
|  |  |

**តើកាលបរិច្ឆេទជាធរមានដែលបានស្នើឡើងអំពីវិធានការរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជាអ្វី?** Click or tap to enter a date.

**\*ហេតុផល (នានា) សម្រាប់បណ្ដឹងសាទុក្ខនេះ៖**

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**

**តើអ្នកចង់ព្យាយាមដោះស្រាយបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកតាមវិធីណា?**

នីតិវិធីបណ្ដឹងសារទុក្ខមានបីផ្នែក។ អ្នកអាចប្រើផ្នែកមួយ ឬច្រើននៃផ្នែកទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដោះស្រាយការមិនព្រមព្រៀងគ្នាដោយប្រើផ្នែកមួយ អ្នកអាចសម្រេចចិត្តប្រើប្រាស់ផ្នែកផ្សេងទៀតនៅពេលក្រោយ។

**\*ជ្រើសរើសផ្នែកនានាដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នៅខាងក្រោម៖**

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសវីដេអូខាងក្រោម អ្នកត្រូវតែផ្ដល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល។

|  |  |
| --- | --- |
| **កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ** | អ្នកជួបជាមួយនាយកមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ ឬនរណាម្នាក់ដែលពួកគេជ្រើសតាំង។ អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់នឹងព្យាយាមដោះស្រាយបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឱ្យកិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ដោយផ្ទាល់  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |
| **ការសម្រុះសម្រួល** | អ្នកនិងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ជួបជាមួយអ្នកសម្រុះសម្រួល។ អ្នកសម្រុះសម្រួលមិនធ្វើការសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬ DDS ទេ។ អ្នកសម្រុះសម្រួលជួយអ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់បង្កើតកិច្ចព្រមព្រៀងអំពីបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឱ្យការសម្រុះសម្រួលរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ដោយផ្ទាល់  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |
| **សវនាការ** | សវនាការរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងជាមួយមន្រ្តីសវនាការ។ មន្រ្តីសាវនាការមិនធ្វើការសម្រាប់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬ DDS ឡើយ។ មន្រ្តីសាវនាការស្ដាប់ព័ត៌មានរបស់អ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ហើយជួយរំលេចអង្គហេតុរបស់អ្នក។ បន្ទាប់មកមន្រ្តីសាវនាការចេញសេចក្ដីសម្រេចអំពីបញ្ហានានានៅក្នុងសំណើបណ្ដឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ |
|  | **ខ្ញុំចង់ឱ្យសវនាការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង៖**  ដោយផ្ទាល់  តាមវីដេអូ និង/ឬ តាមទូរសព្ទ |

**កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោងពេលដែលមិនជាប់រវល់៖**

សូមសរសេរកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលដែលអ្នកជាប់រវល់នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយ ដើម្បីកុំឱ្យគេកំណត់កាលវិភាគសម្រាប់កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ ការសម្រុះសម្រួល ឬសាវនាការរបស់អ្នកនៅអំឡុងកាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោងពេលទាំងនោះ៖

**ផ្នែកហត្ថលេខា៖**

អ្នកដែលដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងប្រឡោះខាងក្រោម។ អ្នកអាចចុះហត្ថលេខានៅក្នុងតំណ ឬតាមអេឡិកត្រូនិក។ តាមរយៈការសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក មានន័យថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាតាមអេឡិកត្រូនិកនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។

**\*ហត្ថលេខា៖ \*ឈ្មោះ៖**

**\*កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖**

**\*ប្រសិនបើអ្នកចង់អនុញ្ញាតឲ្យនរណាម្នាក់តំណាងឱ្យអ្នកនៅក្នុងបណ្ដឹងរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្ដឹងសាទុក្ខនេះក្នុងនាមមនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតអ្នកតំណាងដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។**

**សិទ្ធិរបស់អ្នកនៅអំឡុងដំណើរការបណ្ដឹងសាទុក្ខត្រូវបានផ្ដល់ជូនជាមួយ NOA ឬ GFBL របស់អ្នក និងអាចឃើញមាននៅទីនេះ៖** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Khmer.pdf>

**ព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អតិថិជន កូដសុខុមាលភាព កាលីហ័្វរញ៉ា និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព**