ລັດຄາລິຟໍເນຍ - ອົງການບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ

ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍອຸທອນກ່ຽວກັບກົດໝາຍ Lanterman

DS 1821 ປັບປຸງໃໝ່. 09/2023)

ພະແນກພັດທະນາການບໍລິການ

ຫ້ອງການແກ້ໄຂ ແລະ ອຸທອນຂອງຊຸມຊົນ

**ແບບຟອມນີ້ແມ່ນໃຊ້ເພື່ອອຸທອນການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການບໍລິການພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ Lanterman. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ກັບ Early Start ຫຼື ການອຸທອນຂອງຜູ້ຂາຍ.**

**ວິທີການຍື່ນອຸທອນ:**

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

**ຊ່ອງທາງອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນ:**

* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເມວໄປຫາ AppealRequest@dds.ca.gov
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງໄປສະນີໄປຫາ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງແຟັກໄປຫາ 916-654-3641

**ການກຳນົດເວລາໃນການອຸທອນ:**

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນທັງໝົດຈະຕ້ອງມີກາຈ້ຳໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 60 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA) ຫຼື ຈົດໝາຍເພື່ອສະແດງຄວາມບໍລິສຸດ (GFBL). ມີສອງກໍານົດເວລາ.

* ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທຳອິດແມ່ນສຳລັບ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາການບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄວ້ຄືເກົ່າໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ:
	+ ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງຈ້ຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານເອົາ NOA ຂອງທ່ານ ຫຼື GUBL ແລະ ກ່ອນການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວຈະເກີດຂຶ້ນ.
	+ ການຮັກສາບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ເອີ້ນວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່.
* ການກຳນົດເວລາຄັ້ງທີສອງແມ່ນຖ້າຄໍາຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກຈຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS 31 ຫາ 60 ວັນນັບຈາກເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຫຼື GFBL ຂອງທ່ານ. ການອຸທອນທີ່ໄດ້ຍື່ນພາຍໃນ 31 ຫາ 60 ວັນຈະຖືກດໍາເນີນ, ແຕ່ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່ນັ້ນຈະບໍ່ຖືກອະນຸຍາດ.

**ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຢູ່ໃສ:**

* ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
* ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສິດທິລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
	+ - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອແຄລິຟໍເນາຍ, (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ແຄລິຟໍເນາຍ ຫຼື
		- [ຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ ຫ້ອງການກວດສອບແຫ່ງລັດ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກໍານົດຕົນເອງ, ກະລຸນາສົ່ງອີເມວ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ທ່ານອາດເຂົ້າໄປໃນ [ອອນໄລນ໌](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/) ແທນ.
* ສະພາແຫ່ງລັດກ່ຽວກັບຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ (SCDD). ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ SCDD ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ເລືອກເອົາ "ຫ້ອງການພາກພື້ນ" ຢູ່ເທິງສຸດຂອງຫນ້າເວັບນີ້: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) ແລະ ຈາກນັ້ນໃຫ້ເລືອກເອົາພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ທີ່ (833) 818-9886.
* ສິດຜູ້ພິການແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DRC) ທີ່:
	+ - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 ສຳລັບ TTY, ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມຂອງ [DRC ທາງອອນໄລນ໌](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
		- DRC ຫວ່າງ ວັນຈັນ, ອັງຄານ, ພະຫັດ ແລະ ວັນສຸກ ແຕ່ 9:00 ເຊົ້າ – 3:00 ແລງ
* ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະໜັບສະໜູນພໍ່-ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

|  |  |
| --- | --- |
| **"ຊຸດຂໍ້ມູນການອຸທອນ" ສາມາດພົບເຫັນໂດຍໃຊ້ລະຫັດ QR ຫຼື ລີ້ງເຊື່ອມຕໍ່. ພວກເຂົາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນ.** | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Laotian.pdf> |

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**

**\*ການອຸທອນນີ້ກ່ຽວກັບສູນກາງພາກພື້ນໃດ?** ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ **\*** ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

**ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຜູ້​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ ຫຼື ກຳລັງ​ຊອກ​ຫາ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ສູນ​ພາກ​ພື້ນ​:**

**\*ຊື່: \*ນາມສະກຸນ: \*ວັນເດືອນປີເກີດ: ລະຫັດລູກຄ້າ (UCI)**

**\*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:**

**\*ເມືອງ: \*ລະຫັດໄປສະນີ:**

**ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ເຮືອນ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍມູນດາຕ້າເນັກ)

**ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ເຮືອນ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍມູນດາຕ້າເນັກ)

**ທີ່ຢູ່ອີເມວ:**

**\*ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ທ່ານແນວໃດ?** [ ]  ທາງໂທລະສັບ [ ]   ທາງອີເມວ [ ]   ທາງຂໍ້ຄວາມ

**\*ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ?** ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ **\*ທ່ານຕ້ອງການນັກແປພາສາບໍ?** [ ]  ຕ້ອງການ [ ]  ບໍ່ຕ້ອງການ

**ຖ້າ​​ທ່ານ​ກໍາ​ລັງ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ການອຸທອນໃຫ້ກັບ​ຄົນ​ອື່ນ​, ໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ທ່ານ​ທີ່​ນີ້​:**

**ຊື່: ນາມສະກຸນ:**

**ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສຳລັບ:**

[ ]  ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກ [ ]  ຜູ້ຮັກສາ [ ]  ຜູ້ປົກຄອງ

[ ]  ສະມາຊິກຄອບຄົວ [ ]  ຜູ້ສະໜັບສະໜູນທາງກົດໝາຍ [ ]  ອື່ນໆ:

[ ]  ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ [ ]  ທະນາຍຄວາມ

**ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ: ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:**

**ເມືອງ: ລະຫັດໄປສະນີ:**

**ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ: ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ເຮືອນ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍມູນດາຕ້າເນັກ)

**ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ: ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ?**

 [ ]  ມືຖື [ ]  ເຮືອນ [ ]  ຫ້ອງການ [ ]  ແມ່ນ [ ]  ບໍ່ແມ່ນ

 (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍມູນດາຕ້າເນັກ)

**ທີ່ຢູ່ອີເມວ:**

**ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ທ່ານແນວໃດ?** [ ]  ທາງໂທລະສັບ [ ]   ທາງອີເມວ [ ]   ທາງຂໍ້ຄວາມ

**\*ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ?** ເລືອກເອົາລາຍການໃດໜຶ່ງ **\*ທ່ານຕ້ອງການນັກແປພາສາບໍ?** [ ]  ຕ້ອງການ [ ]  ບໍ່ຕ້ອງການ

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**

**ຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈິ່ງຂໍອຸທອນ?**

**\*ທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານຈາກສູນພາກພື້ນທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະອຸທອນແລ້ວບໍ?**

[ ]  ແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA) [ ]   ຈົດໝາຍເຊື່ອໂດຍສຸດຈະລິດ (GFBL) [ ]   ບໍ່ແມ່ນທັງສອງ

**ຖ້າ​ເຈົ້າ​ໄດ້​ຮັບ​ NOA, ວັນ​ທີໃດທີ່ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ມັນ?** Click or tap to enter a date.

**\*ການ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ທີ່ສະ​ເຫນີ​ໂດຍ​ສູນ​ກາງ​ພາກ​ພື້ນ​:**

(ໝາຍໃສ່ທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ:** | ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ແຈ້ງ​ການ​ໂດຍ​ສູນ​ກາງ​ພາກ​ພື້ນ​ວ່າ​ທ່ານ​ບໍ່​ມີ​ສິດ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ຂອງສູນ​​ພາກ​ພື້ນ​ພາຍ​ໃຕ້​ກົດ​ຫມາຍ​ Lanterman​. (ນີ້ບໍ່ແມ່ນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງ Early Start).  |
|  |   |
| [ ]  **ຢຸດເຊົາການມີສິດໄດ້ຮັບ:** | ໃນປັດຈຸບັນທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການສູນພາກພື້ນ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ອັນນີ້ອາດຈະເປັນຍ້ອນວ່າທ່ານໄດ້ຖືກປະເມີນຄືນໃຫມ່ ແລະ ຖືກກໍານົດວ່າບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໃນການໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນແລ້ວ. |
|  |   |
| [ ]  **ປະຕິເສດການບໍລິການ:** | ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍການບໍລິການໃຫມ່ ແລະ ຄໍາຮ້ອງຂໍດັ່ງກ່າວໄດ້ຖືກປະຕິເສດໂດຍສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານ. |
|  |  |
| [ ]  **ຫຼຸດການບໍລິການ:** | ທ່ານໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນຈາກສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການໜ້ອຍລົງໃນປັດຈຸບັນ. |
|  |  |
| [ ]  **ຢຸດເຊົາການບໍລິການ:** | ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ແຈ້ງ​ການ​ໂດຍ​ສູນ​ພາກ​ພື້ນ​ຂອງ​ທ່ານ​ວ່າ​ທ່ານ​ຈະ​ບໍ່​ໄດ້​ຮັບ​ໜຶ່ງ​ ຫຼື​ ຫຼາຍ​​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ໃນ​ປັດ​ຈຸ​ບັນ​ຂອງ​ທ່ານ​ຕໍ່​ໄປ​ອີກ​ແລ້ວ​. |
|  |  |

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

**\*ເຫດຜົນສຳລັບການຂໍອຸທອນ:**

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**

**ທ່ານຢາກລອງແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານແນວໃດບໍ?**

ຂະບວນການອຸທອນມີສາມພາກ. ທ່ານອາດຈະໃຊ້ຫນຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍພາກເຫຼົ່ານີ້. ຖ້າ​ຫາກ​ວ່າ​ທ່ານ​ບໍ່​ແກ້​ໄຂ​ຄວາມ​ຂັດ​ແຍ່ງ​ຂອງ​ທ່ານ​ໂດຍ​ນໍາ​ໃຊ້​ພາກ​ທີ​ໜຶ່ງ​, ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ທີ່​ຈະ​ນໍາ​ໃຊ້​ພາກ​ອື່ນໆທີ່ຫຼັງ​.

**\*ເລືອກພາກທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະນໍາໃຊ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.**

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເລືອກວິດີໂອຂ້າງລຸ່ມນີ້ ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທີ່ຢູ່ອີເມວ.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **ກອງປະຊຸມ ແບບບໍ່ເປັນທາງການ** | ທ່ານພົບກັບຜູ້ອໍານວຍການສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ. ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນຈະພະຍາຍາມແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການກອງປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການໃຫ້ເປັນ:**[ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |
| [ ] **ການໄກ່ເກ່ຍ**  | ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນໄດ້ພົບກັບຜູ້ໄກ່ເກ່ຍ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກໃຫ້ສູນພາກພື້ນ ຫຼື DDS. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນສ້າງຂໍ້ຕົກລົງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄກ່ເກ່ຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:**[ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |
| [ ] **ການໄຕ່ສວນ** | ການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະດຳເນີນກັບພະນັກງານໄຕ່ສວນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກກັບສູນພາກພື້ນ ຫຼື DDS. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຮັບຟັງຂໍ້ມູນຈາກທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານເອົາຄວາມຈິງຂອງທ່ານອອກມາ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ, ພະນັກງານໄຕ່ສວນທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບບັນຫາໃນການຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. |
|  | **ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄຕ່ສວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:**[ ]  ແບບເຊິ່ງໜ້າ; [ ]  ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື [ ]  ທາງໂທລະສັບ |

**ວັນທີ/ເວລາ ທີ່ບໍ່ຫວ່າງ:**

ກະລຸນາຂຽນວັນທີ ແລະ ເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີເວລາຫວ່າງພາຍໃນ 90 ມື້ຂ້າງໜ້າ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ມີການຈັດປະຊຸມ, ການໄກ່ເກ່ຍ ຫຼື ການໄຕ່ສວນແບບບໍ່ເປັນທາງການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງວັນທີ ແລະ ເວລາເຫຼົ່ານັ້ນ:

**ພາກລົງລາຍເຊັນ:**

ບຸກຄົນທີ່ຍື່ນແບບຟອມນີ້ຈະຕ້ອງລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ທ່ານອາດຈະເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍປາກກາ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

**\*ລາຍເຊັນ: \*ຊື່ແຈ້ງ:**

**\*ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:**

**\*ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ຖ້າທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນ ແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງຫນ້າ.**

**ສິດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນໄດ້ຖືກສະໜອງໃຫ້ກັບ NOA ຫຼື GFBL ຂອງທ່ານ ແລະ ສາມາດພົບໄດ້ທີ່ນີ້:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Laotian.pdf>

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**