Estado da Califórnia – Agência de Serviços Humanos e de Saúde

Formulário de solicitação de recurso segundo a Lei Lanterman

DS 1821 (Rev. 09/2023)

Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS)

Gabinete de Recursos e Resoluções da Comunidade

**Este formulário é utilizado para apresentar recursos relacionados à elegibilidade e aos serviços segundo a Lei Lanterman. Este formulário NÃO é utilizado para recursos com início antecipado ou de distribuidores.**

**COMO APRESENTAR UM RECURSO:**

* A forma mais fácil de apresentar um recurso é eletronicamente, no site do Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

**OUTRAS FORMAS DE APRESENTAR UM RECURSO:**

* O formulário em anexo pode ser enviado por e-mail a: AppealRequest@dds.ca.gov
* O formulário em anexo pode ser enviado por correio ao endereço: 1215 O Street MS 8- 20, Sacramento, CA 95814
* O formulário em anexo pode ser enviado por fax para: 916 - 654 - 3641

**PRAZOS PARA APRESENTAR RECURSOS:**

É necessário apresentar a sua solicitação de recurso dentro do prazo. Todas as solicitações de recurso devem ser carimbadas ou recebidas pelo DDS em até 60 dias após a data de recebimento do Aviso de Ação (NOA) ou da Carta de Crença de Boa-fé (GFBL). Existem dois prazos.

* O primeiro prazo é para quando desejar manter os seus serviços atuais sem alteração durante o recurso:
	+ A sua solicitação precisa ser carimbada ou recebida pelo DDS em até 30 dias a partir do recebimento do NOA ou da GFBL, e antes que a ação seja realizada.
	+ Manter os seus serviços atuais durante um apelo chama-se pagamento de auxílio pendente.
* O segundo prazo, quando a sua solicitação de recurso é carimbada ou recebida pelo DDS, é de 31 a 60 dias a partir do recebimento do NOA ou da GFBL. Um recurso apresentado dentro de 31 a 60 dias será processado, mas o pagamento de auxílio pendente não será concedido.

**ONDE OBTER AJUDA COM O SEU RECURSO:**

* O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.
* O seu defensor dos direitos dos clientes (CRA), pelos números:
	+ - (800) 390-7032 na Califórnia do Norte e (866) 833-6712 na Califórnia do Sul, ou
		- [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov, ou [neste site](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ Caso participe do Programa de Autodeterminação, envie um email a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ou faça tudo [virtualmente](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione “Regional Offices” (“Escritórios regionais”) na parte superior deste site: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/) e escolha a sua região. Também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
* Direitos por Deficiência da Califórnia (DRC), pelo número:
	+ - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 para TTY, ou preencha o [formulário de admissão virtual do DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
		- O DRC está disponível segunda-feita, terça-feira, quinta-feira e sexta-feira, das 9h às 15h.
* Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* O seu centro regional poderá ajudar a descobrir um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

|  |  |
| --- | --- |
| **O “Conjunto de Informação de Recursos” pode ser obtido por meio do código QR ou da ligação abaixo. Esse conjunto contém outras informações sobre o processo de recurso.** | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Portuguese.pdf> |

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**

**\*A que Centro Regional se refere este NOA?** Escolher uma opção **\*** Campos obrigatórios

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE ESTÁ A RECEBER OU À PROCURA DE SERVIÇOS DO CENTRO REGIONAL:**

**\*Nome: \*Sobrenome: \*Data de nascimento: Identificador exclusivo do cliente (UCI)**

**\*Endereço: N.º do apartamento:**

**\*Cidade: \*Código postal:**

**N.º de telefone primário: Tipo de n.º de telefone primário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**N.º de telefone secundário: Tipo de n.º de telefone primário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**E-mail:**

**\*Como prefere que entremos em** Escolher uma opção **contacto?** [ ]  Chamada telefónica [ ]   E-mail [ ]   Mensagem de texto

**\*Que idioma prefere? \*Precisa de um intérprete?** [ ]  Sim [ ]  Não

**SE ESTIVER A SOLICITAR UM RECURSO PARA OUTRA PESSOA, INSIRA AS SUAS INFORMAÇÕES AQUI:**

**Nome: Sobrenome:**

**Relação com o autor do recurso:**

[ ]  Pai/mãe de menor [ ]  Tutor [ ]  Guardião

[ ]  Parente [ ]  Defensor jurídico [ ]  Outro:

[ ]  Representante autorizado [ ]  Advogado

**Endereço: N.º do apartamento:**

**Cidade: Código postal:**

**N.º de telefone primário: Tipo de n.º de telefone primário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**N.º de telefone secundário: Tipo de n.º de telefone primário: Aceita receber mensagens de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Residencial [ ]  Comercial [ ]  Sim [ ]  Não

 (O consumo de dados pode ser cobrado)

**\*Como prefere que entremos em contacto?** [ ]  Chamada telefónica [ ]   E-mail [ ]   Mensagem de texto

**\*Que idioma prefere?** Escolher uma opção **\*Precisa de um intérprete?** [ ]  Sim [ ]  Não

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**

**POR QUE ESTÁ A SOLICITAR UM RECURSO?**

**\*Recebeu do centro regional um documento do qual deseja recorrer?**

[ ]  Aviso de Ação (NOA) [ ]   Carta de Crença de Boa-fé (GFBL) [ ]   Nenhum(a)

**Se tiver recebido um NOA, qual é a data de recebimento?** Click or tap to enter a date.

**\*Ação proposta a ser tomada pelo centro regional:**

(Marque todas as opções aplicáveis)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Elegibilidade negada:** | Recebeu uma notificação do centro regional de que não era elegível para os serviços do centro regional nos termos da Lei Lanterman. (Não se refere à elegibilidade para início antecipado.)  |
|  |   |
| [ ]  **Término da elegibilidade:** | Recebe serviços do centro regional atualmente, mas recebeu uma notificação de que não era mais elegível. Isso pode ter ocorrido em decorrência de uma reavaliação e determinação de inelegibilidade para serviços do centro regional. |
|  |   |
| [ ]  **Serviço negado:** | Solicitou um novo serviço, mas a solicitação foi negada pelo seu centro regional. |
|  |  |
| [ ]  **Redução de serviços:** | Recebeu uma notificação do seu centro regional de que passará a receber menos de um dos serviços atuais. |
|  |  |
| [ ]  **Término de serviços:** | Recebeu uma notificação do seu centro regional de que não receberia mais um ou mais dos seus serviços atuais. |
|  |  |

**Qual é a data efetiva da ação proposta pelo centro regional?** Click or tap to enter a date.

**\*Motivo(s) deste Recurso:**

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**

**COMO PREFERE TENTAR SOLUCIONAR O SEU RECURSO?**

O processo de recurso tem três partes. Uma ou mais dessas partes podem ser usadas. Se o desacordo não for solucionado com uma parte, pode usar outras partes mais tarde.

**\*Escolha as partes que deseja usar abaixo:**

Observação: se selecionar a opção de vídeo, será necessário fornecer um endereço de e-mail.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **Reunião informal** | Uma reunião entre si e o diretor do centro regional ou um de seus funcionários. O centro regional tentará resolver o seu recurso consigo. |
|  | **Desejo que a minha reunião informal seja:**[ ]  Pessoalmente; [ ]  por videochamada; e/ou [ ]  por telefone |
| [ ] **Mediação**  | Reunião entre si e o centro regional com um mediador. O Mediador não trabalha para o centro regional nem para o DDS. O mediador pode ajudar a si e ao centro regional a chegarem a um acordo sobre o seu recurso. |
|  | **Desejo que a minha mediação seja:**[ ]  Pessoalmente; [ ]  por videochamada; e/ou [ ]  por telefone |
| [ ] **Audiência** | A sua audiência é com um Funcionário de Audiência. O Funcionário de Audiência não trabalha para o centro regional nem para o DDS. O Funcionário de Audiência coleta informações de si e do centro regional, e ajuda a evidenciar os fatos. Então, o Funcionário de Audiência toma uma decisão relativamente às questões do seu recurso. |
|  | **Desejo que a minha audiência seja:**[ ]  Pessoalmente; [ ]  por videochamada; e/ou [ ]  por telefone |

**DATAS/HORAS DE INDISPONIBILIDADE:**

Indique as datas e horas nas quais não estará disponível nos próximos 90 (noventa) dias, para que a sua reunião informal, reunião com mediação ou audiência não seja agendada nessas datas e horas:

**SECÇÃO DE ASSINATURAS:**

Este formulário deve ser assinado e datado no espaço abaixo por quem o preencheu. Este formulário pode ser assinado à mão ou eletronicamente. Digitar o seu nome equivale a ter assinado este formulário eletronicamente.

**\*Assinatura: \*Nome digitado:**

**\*Data de assinatura:**

**\*Se quiser autorizar alguém a ser o seu representante no recurso ou se estiver a solicitar este recurso em nome de outro adulto, preencha o Formulário de Autorização de Representante em anexo.**

**Os seus direitos durante o processo de recurso estão listados no seu NOA ou GFBL, e podem ser consultados aqui:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Portuguese-Portugal.pdf>

**Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde**