State of California — Health and Human Services Agency

Форма запроса на апелляцию по Закону Лантермана

DS 1821 (Ред. 09/2023)

Департамент социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии

Управление по рассмотрению и урегулированию апелляций населения

**Данная форма используется для подачи апелляций по поводу соответствия критериям и предоставления услуг по Закону Лантермана. Данная форма не используется для подачи апелляций в отношении программы раннего вмешательства (Early Start) или образовательных учреждений.**

**КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ:**

* Самый быстрый способ подачи апелляции — в электронном виде на веб-сайте Департамента социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии (Department of Developmental Services, DDS) по адресу: <https://bit.ly/DDSAppealForm>

**ДРУГИЕ СПОСОБЫ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ:**

* Прилагаемую форму можно отправить по электронной почте на адрес [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* Прилагаемую форму можно отправить по почте на адрес 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* Прилагаемую форму можно отправить по факсу на номер 916-654-3641

**СРОКИ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ:**

Вы должны подать запрос на апелляцию вовремя. Все запросы на апелляцию должны быть проштемпелеваны или получены DDS не позднее чем через 60 дней после даты получения вами Уведомления о действии (NOA) или Письма с добросовестным обоснованием решения (GFBL). Установлены два вида сроков.

* Первый возможный срок предусмотрен для случаев, когда вы хотите сохранить текущий объем услуг на период рассмотрения апелляции:
  + Ваш запрос должен быть проштемпелеван или получен DDS не позднее чем через 30 дней после даты получения NOA или GFBL и до того, как будет исполнено решение.
  + Сохранение текущего объема услуг на период рассмотрения апелляции называется продлением помощи в ожидании решения.
* Второй срок предусмотрен для случаев, когда ваш запрос на апелляцию проштемпелеван или получен DDS через 31–60 дней с момента получения вами NOA или GFBL. Поданная через 31–60 дней апелляция будет рассмотрена, однако без продления помощи в ожидании решения.

**КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ С ПОДАЧЕЙ АПЕЛЛЯЦИИ:**

* Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
* Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
  + - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии, (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
    - [Защитника прав клиентов можно найти в своем региональном центре по этой ссылке](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
  + Управления омбудсмена (Ombudsperson Offices), куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731, по адресу электронной почты [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) или [по Интернету](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
  + Если вы участвуете в Программе самоопределения (Self-Determination Program), напишите по адресу электронной почты [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) или обратитесь [по Интернету](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») вверху этой веб-страницы: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/), а затем выберите свой регион. Также можно позвонить по номеру (833) 818-9886.
* Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC):
  + - позвоните по телефону 1-800-776-5746 (1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа) или заполните [форму онлайн-заявки в DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
    - DRC работает в понедельник, вторник, четверг и пятницу с 9:00 до 15:00.
* Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
* В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

|  |  |
| --- | --- |
| **Доступ к «Информационному пакету о порядке подачи и рассмотрения апелляций» (Appeals Information Packet) можно получить с помощью QR-кода или по ссылке. В пакете содержится дополнительная информация о процессе обжалования решений.** | <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Russian.pdf> |

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**

**\*К какому региональному центру относится эта апелляция?** Выберите вариант ответа

**\*** Обязательные поля

**ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИЛИ ОБРАЩАЕТСЯ С ПРОСЬБОЙ ОБ ИХ ПОЛУЧЕНИИ:**

**\*Имя: \*Фамилия: \*Дата рождения: Уникальный идентификатор клиента (UCI)**

**\*Улица и номер дома: Номер квартиры:**

**\*Город: \*Почтовый индекс:**

**Основной номер телефона: Вид основного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 Мобильный  Домашний  Рабочий  Да  Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

**Дополнительный номер телефона: Вид дополнительного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 Мобильный  Домашний  Рабочий  Да  Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

**Адрес эл. почты:**

**\*Какой способ связи для вас предпочтителен?**  Телефонный звонок   Электронная почта

  Текстовое сообщение

**\*На каком языке вы предпочитаете разговаривать?** Выберите вариант ответа

**\*Нужен ли вам переводчик?**  Да  Нет

**ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАПРОС НА АПЕЛЛЯЦИЮ ОТ ИМЕНИ ДРУГОГО ЛИЦА, УКАЖИТЕ СВОИ ДАННЫЕ НИЖЕ:**

**Имя: Фамилия:**

**Отношение к лицу, от имени которого подается апелляция:**

Родитель несовершеннолетнего ребенка  Попечитель  Опекун

Член семьи  Адвокат  Иное:

Уполномоченный представитель  Юрист

**Улица и номер дома: Номер квартиры:**

**Город: Почтовый индекс:**

**Основной номер телефона: Вид основного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 Мобильный  Домашний  Рабочий  Да  Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

**Дополнительный номер телефона: Вид дополнительного номера телефона: Приемлемы ли текстовые сообщения?**

 Мобильный  Домашний  Рабочий  Да  Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

**Адрес эл. почты:**

**\*Какой способ связи для вас предпочтителен?**  Телефонный звонок   Электронная почта

  Текстовое сообщение

**\*На каком языке вы предпочитаете разговаривать?** Выберите вариант ответа

**\*Нужен ли вам переводчик?**  Да  Нет

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**

**ПОЧЕМУ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАПРОС НА АПЕЛЛЯЦИЮ?**

**\*Получили ли вы от регионального центра документ, который хотите обжаловать?**

 Уведомление о действии (NOA)   Письмо с добросовестным обоснованием решения (GFBL)   Ни одно из вышеперечисленного

**Если вы получили NOA, укажите дату его получения.** Click or tap to enter a date.

**\*Региональный центр исполняет предложенное решение:**

(Отметьте все подходящие варианты)

|  |  |
| --- | --- |
| **Отказ в праве на получение услуг:** | Региональный центр уведомил вас о том, что вы не соответствуете критериям получения услуг регионального центра по Закону Лантермана. (Это не касается критериев участия в программе раннего вмешательства). |
|  |  |
| **Прекращение права на получение услуг:** | Вы в настоящее время получаете услуги регионального центра и получили уведомление о прекращении права на их получение. Это могло произойти в результате повторной оценки, по итогам которой было принято решение о несоответствии критериям получения услуг регионального центра. |
|  |  |
| **Отказ в предоставлении услуг:** | Вы подали запрос о предоставлении новых услуг, и такой запрос был отклонен вашим региональным центром. |
|  |  |
| **Сокращение объема услуг:** | Ваш региональный центр уведомил вас о том, что вы будете получать текущие услуги в меньшем объеме. |
|  |  |
| **Прекращение предоставления услуг:** | Ваш региональный центр уведомил вас о том, что вы больше не будете получать какие-либо из текущих услуг. |
|  |  |

**Укажите дату вступления в силу предложенного решения регионального центра.**

Click or tap to enter a date.

**\*Причина(-ы) для этой апелляции:**

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**

**КАК БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ПОПЫТАТЬСЯ УРЕГУЛИРОВАТЬ СВОЮ ПРОБЛЕМУ?**

Процесс рассмотрения апелляции состоит из трех этапов. Вы можете пройти один или несколько таких этапов. Если вы не разрешите разногласие в ходе одного этапа, у вас есть возможность пройти другие этапы позже.

**\*Выберите этапы, которые вы хотите пройти:**

Примечание: если вы выберете формат видеосвязи, обязательно укажите свой адрес электронной почты.

|  |  |
| --- | --- |
| **Неофициальная встреча** | Вы встретитесь с директором регионального центра или назначенным им лицом. Совместно с региональным центром вы постараетесь урегулировать вашу проблему. |
|  | **Я хочу провести неофициальную встречу:**  в личном порядке;  по видеосвязи; и/или  по телефону |
| **Медиация** | Вместе с представителем регионального центра вы встретитесь с медиатором. Медиатор не работает в региональном центре или Департаменте социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии. Медиатор помогает вам и региональному центру достичь договоренности по поводу вашей апелляции. |
|  | **Я хочу провести процедуру медиации:**  в личном порядке;  по видеосвязи; и/или  по телефону |
| **Слушание** | Слушание проводит должностное лицо, слушающее дело. Должностное лицо, слушающее дело, не работает в региональном центре или Департаменте социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии. Должностное лицо, слушающее дело, выслушивает вас и представителя регионального центра и помогает вам изложить свою позицию. Затем должностное лицо, слушающее дело, выносит решение по проблемам, описанным в вашем запросе на апелляцию. |
|  | **Я хочу провести слушание:**  в личном порядке;  по видеосвязи; и/или  по телефону |

**НЕДОСТУПНЫЕ ДАТЫ/ВРЕМЯ:**

Укажите даты и время, когда вы будете недоступны в течение следующих 90 дней, чтобы неофициальная встреча, процедура медиации или слушание не были запланированы на эти даты и время:

**РАЗДЕЛ ДЛЯ ПОДПИСИ:**

Лицо, подающее данную форму, должно поставить свою подпись и указать дату в отведенном ниже месте. Можно подписать данную форму от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.

**\*Подпись: \*Имя и фамилия печатными буквами:**

**\*Дата подписания:**

**\*Если вы хотите поручить другому лицу представлять ваши интересы при подаче и рассмотрении апелляции или если вы подаете этот запрос на апелляцию от имени другого совершеннолетнего лица, заполните прилагаемую форму о предоставлении полномочий представителю.**

**Ваши права в ходе подачи и рассмотрения апелляции были изложены в направленном вам NOA или GFBL. С ними также можно ознакомиться по ссылке:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Russian.pdf>

**Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)**