Estado de California: Agencia de Salud y Servicios Humanos

Formulario de solicitud de apelación en virtud de la Ley Lanterman

DS 1821 (Rev. 09/2023)

Departamento de Servicios de Desarrollo

Oficina de Apelaciones y Resoluciones de Cuestiones Comunitarias

**Este formulario se utiliza para presentar apelaciones relativas a la elegibilidad y los servicios en virtud de la Ley de Lanterman. Este formulario NO se utiliza para apelaciones relacionadas con el programa Early Start o los proveedores.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN:**

* La forma más fácil de presentar una apelación es de manera electrónica en la página web del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>.

**OTRAS FORMAS DE PRESENTAR UNA APELACIÓN:**

* Puede enviar el formulario adjunto por correo electrónico a AppealRequest@dds.ca.gov.
* Puede enviar el formulario adjunto por correo postal a 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814.
* Puede enviar el formulario adjunto por fax al 916-654-3641.

**PLAZOS PARA LAS APELACIONES:**

Debe presentar su solicitud de apelación a tiempo. Todas las solicitudes de apelación deben ser mataselladas o recibidas por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 60 días después de la fecha en que usted recibió el Aviso de acción (NOA) o la Carta de buena fe (GFBL). Hay dos plazos.

* El primer plazo es en caso de que desee mantener sus servicios actuales durante la apelación:
	+ Su solicitud debe ser matasellada o recibida por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 30 días después de recibir su NOA o GFBL y antes de que se lleve a cabo la acción.
	+ Mantener sus servicios actuales durante una apelación se denomina ayuda pagada pendiente.
* El segundo plazo se aplica si su solicitud de apelación es matasellada o recibida por el Departamento de Servicios de Desarrollo entre 31 y 60 días después de recibir su NOA o GFBL. Una apelación presentada en este plazo se procesará, pero no se otorgará la ayuda pagada pendiente.

**DÓNDE OBTENER AYUDA PARA SU APELACIÓN:**

* De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
* De su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
	+ - (800) 390-7032 para el norte de California; (866) 833-6712 para el sur de California, o
		- [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
	+ De las Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, ombudsperson@dds.ca.gov o bien [en línea aquí](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
	+ Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov o bien consulte [en línea](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* Del Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione “Oficinas regionales” en la parte superior de esta página web: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/), y luego elija su área. También puede comunicarse al (833) 818-9886.
* De Disability Rights California (DRC) al:
	+ - 1-800-776-5746; 1-800-719-5798 para TTY; o puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form);
		- DRC atiende los días lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
* También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Puede encontrar el "Paquete informativo de recursos" utilizando el código QR o el enlace. Proporciona información adicional sobre el proceso de apelación.** | <https://bit.ly/InfoPktSpanish> |

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**

**\* ¿De qué centro regional trata esta apelación?** Elija una opción **\*** Campos obligatorios

**INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE O NECESITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:**

**\* Nombre: \* Apellido: \* Fecha de nacimiento: Identificador único de cliente (UCI)**

**\*Dirección: Número de departamento:**

**\*Ciudad: \*Código postal:**

**Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Dirección de correo electrónico:**

**\*¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?** [ ]  Llamada telefónica [ ]  Correo electrónico

 [ ]  Mensaje de texto

**\* ¿Qué idioma prefiere?** Elija una opción **\* ¿Necesita un intérprete?** [ ]  Sí [ ]  No

**SI SOLICITA UNA APELACIÓN PARA OTRA PERSONA, COMPLETE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:**

**Nombre: Apellido:**

**Relación con la persona para la que se solicita la apelación:**

[ ]  Padre o madre de un menor [ ]  Conservador/a [ ]  Tutor/a

[ ]  Familiar [ ]  Defensor jurídico [ ]  Otros:

[ ]  Representante autorizado [ ]  abogado

**Dirección: Número de departamento:**

**Ciudad: Código postal:**

**Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario: ¿Se pueden enviar mensajes de texto?**

 [ ]  Celular [ ]  Particular [ ]  Laboral [ ]  Sí [ ]  No

 (Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

**Dirección de correo electrónico:**

**¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?** [ ]  Llamada telefónica [ ]  Correo electrónico

 [ ]  Mensaje de texto

**\* ¿Qué idioma prefiere?** Elija una opción **\* ¿Necesita un intérprete?** [ ]  Sí [ ]  No

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**

**¿POR QUÉ MOTIVO SOLICITA UNA APELACIÓN?**

**\* ¿Recibió un documento del centro regional que desea apelar?**

[ ]  Aviso de acción (NOA) [ ]  Carta de buena fe (GFBL) [ ]  Ninguno

**Si recibió un Aviso de acción (NOA), ¿en qué fecha lo recibió?** Click or tap to enter a date.

**\*Acción propuesta por el centro regional:**

(Marque todas las opciones que correspondan).

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Denegación de elegibilidad:** | Un centro regional le notificó que no es elegible para recibir servicios del centro regional en virtud de la Ley Lanterman. (Esto no se aplica a la elegibilidad para el Programa Early Start).  |
|  |  |
| [ ]  **Cese de la elegibilidad:** | En este momento está recibiendo servicios de un centro regional y se le notificó que ya no es elegible. Esto podría ser producto de una nueva evaluación donde se determinó que no es elegible para recibir estos servicios del centro regional. |
|  |  |
| [ ]  **Denegación de servicio:** | Usted solicitó un nuevo servicio y su centro regional denegó la solicitud. |
|  |  |
| [ ]  **Reducción de servicio:** | Su centro regional le notificó que se reducirá la prestación de un servicio que recibe actualmente. |
|  |  |
| [ ]  **Cese de servicio:** | Su centro regional le notificó que ya no recibirá uno o más de sus servicios actuales. |
|  |  |

**¿Cuál es la fecha de entrada en vigor propuesta para la acción del centro regional?** Click or tap to enter a date.

**\* Motivo(s) de la apelación:**

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**

**¿LE GUSTARÍA TRATAR DE RESOLVER SU APELACIÓN?**

El proceso de apelaciones consta de tres partes. Puede recurrir a una o a varias de estas partes. Si no soluciona su problema al recurrir a una parte, puede decidir usar otras.

**\*Elija las partes que desea utilizar a continuación:**

Nota: Si selecciona la opción de video a continuación, deberá facilitarnos una dirección de correo electrónico.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **Reunión informal** | Se reúne con el director del centro regional o con la persona que ellos elijan. Usted y el centro regional intentarán resolver su apelación. |
|  | **Quiero que la reunión informal sea:**[ ]  en persona; [ ]  por video; o [ ] por teléfono |
| [ ] **Mediación**  | Usted y el centro regional se reúnen con un mediador. El mediador no trabaja para el centro regional o el DDS. El mediador le ayuda a usted y al centro regional a llegar a un acuerdo sobre su apelación. |
|  | **Quiero que la mediación sea:**[ ]  en persona; [ ]  por video; o [ ] por teléfono |
| [ ] **Audiencia** | La audiencia será con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias no trabaja para el centro regional o el DDS. El funcionario de audiencias escucha la información proporcionada por usted y el centro regional y le ayuda a exponer los hechos. Luego, el funcionario de audiencias toma una decisión sobre las cuestiones presentadas en su solicitud de apelación. |
|  | **Quiero que la audiencia sea:**[ ]  en persona; [ ]  por video; o [ ] por teléfono |

**FECHAS/HORAS NO DISPONIBLES:**

Escriba las fechas y horas en las que no estará disponible en los próximos 90 días para que su reunión informal, mediación o audiencia no se programe durante esas fechas y horas:

**SECCIÓN DE FIRMAS:**

La persona que presenta este formulario debe firmar e indicar la fecha en el espacio que se proporciona a continuación. Se puede firmar el formulario con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

**\*Firma: \*Nombre en letra imprenta:**

**\*Fecha de firma:**

**\* Si desea autorizar a una persona para que lo represente en la apelación o si solicita la apelación en nombre de otra persona adulta, complete el Formulario de autorización del representante adjunto.**

**En su NOA o GFBL se indicaban sus derechos durante el proceso de apelación, que puede encontrar aquí:**

<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Spanish-1.pdf>

**Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud**