Estado ng California - Ahensya ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao

Form para sa Paghiling ng Apela Kaugnay ng Lanterman Act

DS 1821 (Nirebisa 09/2023)

Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pag-unlad (Department of Developmental Services)

Tanggapan ng mga Apela ng Komunidad at mga Resolusyon (Office of Community Appeals and Resolutions)

**Ginagamit ang form na ito upang i-apela ang pagiging karapat-dapat at mga serbisyo ng Lanterman Act. HINDI ginagamit ang form na ito para sa Early Start o mga apela ng Vendor.**

**PAANO MAGHAIN NG APELA:**

* Ang pinakamabilis na paraan upang maghain ng apela ay sa elektronikong paraan sa website ng Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pag-unlad (Department of Developmental Services, DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

**IBA PANG MGA PARAAN UPANG MAGSUMITE NG APELA:**

* Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng email sa [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
* Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng koreo sa 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
* Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng fax sa 916-654-3641

**MGA TIMELINE PARA SA MGA APELA:**

Dapat mong ihain ang iyong kahilingan na mag-apela nang nasa oras. Ang mga kahilingan sa pag-apela ay dapat na mamarkahan ng koreo o matanggap ng DDS nang hindi lalampas ng 60 araw pagkatapos ng petsa kung kailan natanggap mo ang Abiso ng Pagkilos (Notice of Action, NOA) o ang Liham tungkol sa Paniniwala sa Katapatan ng Intensyon (Good Faith Belief Letter, GFBL). May dalawang deadline.

* Ang unang deadline ay para sa kung nais mong panatilihing pareho ang iyong mga kasalukuyang serbisyo sa panahon ng iyong apela:
  + Ang iyong kahilingan ay dapat na mamarkahan ng koreo o matanggap ng DDS nang hindi lalampas sa 30 araw mula nang makuha mo ang iyong NOA o GFBL, at bago maganap ang pagkilos.
  + Ang pagpapanatili ng iyong kasalukuyang mga serbisyo sa panahon ng apela ay tinatawag na aid paid pending.
* Ang ikalawang deadline ay kung ang iyong kahilingan sa apela ay mamarkahan ng koreo (postmarked) o matanggap ng DDS 31 hanggang 60 araw mula nang makuha mo ang iyong NOA o GFBL. Ang isang apela na inihain sa loob ng 31 hanggang 60 araw ay ipoproseso, ngunit ang aid paid pending ay hindi igagawad.

**SAAN MAKAKUHA NG TULONG SA IYONG APELA:**

* Iyong service coordinator (tagapag-ugnay ng serbisyo) o iba pang kawani ng regional center, kung hihingi ka sa kanila ng tulong.
* Iyong clients’ rights advocate (CRA, tagapagtaguyod ng mga karapatan ng mga kliyente) sa:
  + - (800) 390-7032 para sa Northern California, (866) 833-6712 para sa Southern California, o
    - [Hanapin ang clients' rights advocate sa iyong regional center dito](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links).
  + Ang mga Tanggapan ng Ombudsperson sa (877) 658-9731 o sa [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov), o [online dito](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/).
  + Kung ikaw ay nasa Self-Determination Program, mangyaring mag-email sa [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) o sa halip ay maaari kang [mag-online](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/).
* Ang State Council on Developmental Disabilities, SCDD. Upang mahanap ang iyong lokal na tanggapan ng SCDD, piliin ang "Mga Regional Office" sa tuktok ng webpage na ito: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/), at pagkatapos ay piliin ang iyong lugar. Maaari mo rin silang makontak sa (833) 818-9886.
* Disability Rights California (DRC) sa:
  + - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 para sa TTY, o maaari mong kumpletuhin ang [online intake form ng DRC.](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form).
    - Available ang DRC ng Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes mula 9:00AM – 3:00PM
* Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa isang Family Resource Center: <https://frcnca.org/get-connected/>.
* Maaaring tulungan ka ng iyong regional center na makahanap ng lokal na grupo na sumusuporta sa mga magulang o organisasyong nakabase sa komunidad na maaaring makatulong sa iyo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ang Pakete ng Impormasyon Tungkol sa Pag-apela (“Appeals Information Packet”) ay makikita gamit ang QR code o ang link. Ang pakete ay nagbibigay ng karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng apela.** | <https://bit.ly/AppealInfoPacketTagalog> |

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

**\*Tungkol saang regional center ang apela na ito?** Pumili ng item **\*** Mga Field na Kailangang Punan

**IMPORMASYON TUNGKOL SA INDIBIDWAL NA TUMATANGGAP O NAGHAHANAP NG MGA SERBISYO NG REGIONAL CENTER:**

**\*Pangalan: \*Apelyido: \*Petsa ng Kapanganakan Unique Client Identifier (UCI, Katangi-tanging Tagatukoy ng Kliyente)**

**\*Address ng Kalye: Numero ng apartment**

**\*Lungsod: \*Zip:**

**Pangunahing Numero ng Telepono: Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono: Okey ba ang mga text message?**

 Cell  Bahay  Trabaho  Oo  Hindi

(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)

**Pangalawang Numero ng Telepono: Uri ng Pangalawang Numero ng Telepono: Okey ba ang mga text message?**

 Cell  Bahay  Trabaho  Oo  Hindi

(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)

**Email Address:**

**\*Paano mo gustong makipag-ugnayan kami sa iyo?**  Tawag sa Telepono   E-Mail   Text Message

**\*Anong wika ang gusto mo?** Pumili ng item **\*Kailangan mo ba ng interpreter?**  Oo  Hindi

**KUNG HUMIHILING KA NG APELA PARA SA IBANG TAO, IBIGAY ANG IYONG IMPORMASYON DITO:**

**Pangalan: Apelyido:**

**Kaugnayan sa tao kung para kanino ang apelang ito:**

Magulang ng menor de edad  Conservator  Tagapag-alaga

Miyembro ng Pamilya  Legal na Tagapagtaguyod  Iba pa:

Awtorisadong Kinatawan  Abogado

**Address ng Kalye: Numero ng apartment**

**Lungsod: Zip Code:**

**Pangunahing Numero ng Telepono: Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono: Okey ba ang mga text message?**

 Cell  Bahay  Trabaho  Oo  Hindi

(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)

**Pangalawang Numero ng Telepono: Uri ng Pangalawang Numero ng Telepono: Okey ba ang mga text message?**

 Cell  Bahay  Trabaho  Oo  Hindi

(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)

**Email Address:**

**\*Paano mo gustong makipag-ugnayan kami sa iyo?**  Tawag sa Telepono   E-Mail   Text Message

**\*Anong wika ang gusto mo?** Pumili ng item **\*Kailangan mo ba ng interpreter?**  Oo  Hindi

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

**BAKIT KA HUMIHILING NG APELA?**

**\*Nakatanggap ka ba ng dokumento mula sa regional center na gusto mong i-apela?**

 Abiso ng Pagkilos (Notice of Action, NOA)   Liham tungkol sa Paniniwala sa Katapatan ng Intensyon (Good Faith Belief Letter, GFBL)   Wala sa alinman

**Kung nakatanggap ka ng NOA, anong petsa mo ito natanggap?** Click or tap to enter a date.

**\*Iminungkahing aksyon na ginagawa ng regional center:**

(Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pagtanggi sa Pagiging Karapat-dapat:** | Inabisuhan ka ng isang regional center na hindi ka karapat-dapat para sa mga serbisyo ng regional center sa ilalim ng Lanterman Act. (Hindi ito para sa pagiging kwalipikado sa Early Start). |
|  |  |
| **Pagwawakas ng Pagiging Karapat-dapat:** | Kasalukuyan kang tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center, at naabisuhan ka na hindi ka na karapat-dapat. Ito ay maaaring dahil ikaw ay muling nasuri at natukoy na hindi karapat-dapat para sa mga serbisyo ng regional center. |
|  |  |
| **Pagtanggi sa Serbisyo:** | Humiling ka ng bagong serbisyo, at ang kahilingan ay tinanggihan ng iyong regional center. |
|  |  |
| **Pagbabawas ng Serbisyo:** | Inabisuhan ka ng iyong regional center na mas kaunti ang matatanggap mo ng isang kasalukuyang serbisyo. |
|  |  |
| **Pagwawakas ng Serbisyo:** | Inabisuhan ka ng iyong regional center na hindi ka na makakatanggap ng isa o higit pa sa iyong mga kasalukuyang serbisyo. |
|  |  |

**Ano ang iminumungkahing petsa ng pagkakaroon ng bisa ng aksyon ng regional center?**

Click or tap to enter a date.

**\*\*(Mga) Dahilan para sa Apela na ito:**

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

**PAANO MO GUSTONG SUBUKAN NA RESOLBAHIN ANG IYONG APELA?**

Ang proseso ng apela ay may tatlong bahagi. Maaari mong gamitin ang isa o higit pa sa mga bahaging ito. Kung hindi mo malulutas ang iyong hindi pagsang-ayon gamit ang isang bahagi, maaari kang magpasya na gumamit ng iba pang mga bahagi sa ibang pagkakataon.

**\*Piliin ang mga bahagi na gusto mong gamitin sa ibaba.**

Tandaan: Kung pinili mo ang video sa ibaba, dapat kang magbigay ng email address.

|  |  |
| --- | --- |
| **Hindi pormal na pagpupulong** | Makikipagkita ka sa direktor ng regional center o sa isang taong pipiliin nila. Susubukan mo at ng regional center na lutasin ang iyong apela. |
|  | **Gusto ko ang aking hindi pormal na pagpupulong na maisagawa:**  Sa personal; sa pamamagitan ng video; at/o  sa pamamagitan ng telepono |
| **Pagpupulong na may Tagapamagitan** | Ikaw at ang regional center ay magpupulong kasama ang isang tagapamagitan. Ang tagapamagitan ay hindi nagtatrabaho para sa regional center o DDS. Tumutulong ang tagapamagitan sa iyo at sa regional center na makarating sa isang kasunduan tungkol sa iyong apela. |
|  | **Gusto ko na ang aking pagpupulong na may tagapamagitan na maisagawa:**  Sa personal; sa pamamagitan ng video; at/o  sa pamamagitan ng telepono |
| **Pagdinig** | Kasama ang Opisyal sa Pagdinig sa iyong pagdinig. Ang Opisyal sa Pagdinig ay hindi nagtatrabaho para sa regional center, o sa DDS. Pakikinggan ng Opisyal sa Pagdinig ang impormasyon mula sa iyo at sa regional center, at tinutulungan kang ilabas ang iyong mga katotohanan. Pagkatapos ay gagawa ng desisyon ang Opisyal sa Pagdinig tungkol sa mga isyu sa iyong kahilingan sa pag-apela. |
|  | **Gusto ko ang aking pagdinig na maisagawa:**  Sa personal; sa pamamagitan ng video; at/o  sa pamamagitan ng telepono |

**HINDI AVAILABLE SA MGA PETSA/ORAS:**

Pakisulat ang anumang mga petsa at oras kung kailan hindi ka available sa loob ng susunod na 90 araw para hindi ma-iskedyul sa mga petsa at oras na iyon ang hindi pormal na pagpupulong, pagpupulong na may tagapamagitan, o pagdinig:

**SEKSYON NG PIRMA:**

Ang taong nagsusumite ng form na ito ay dapat pumirma at maglagay ng petsa sa espasyo sa ibaba. Maaari mong pirmahan ang form na ito gamit ang panulat o sa elektronikong paraan. Sa pamamagitan ng pag-type ng iyong pangalan, sumasang-ayon ka na pinirmahan mo sa elektronikong paraan ang form na ito.

**\*Pirma: \*I-print ang Pangalan:**

**\*Petsa na Pinirmahan:**

**\*Kung gusto mong pahintulutan ang isang tao na kumatawan sa iyo sa iyong apela, o kung hinihiling mo ang apela na ito sa ngalan ng ibang nasa hung Pag-awtorisa sa Kinatawan (Representative Authorization Form).**

**Ang iyong mga karapatan sa panahon ng proseso ng apela ay ibinigay sa iyo kasama ng iyong NOA o GFBL, at makikita rito:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Tagalog.pdf>

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**