ریاست کیلیفورنیا - صحت اور انسانی خدمات کی ایجنسی

ترقیاتی خدمات کا شعبہ

آفس آف دی کمیونٹی اپیلز اینڈ ریزولیوشنز

لینٹرمین ایکٹ اپیل کا درخواست فارم

DS 1821 (نظر ثانی 09/2023)

Click or tap here to enter text.

**یہ فارم لینٹرمین ایکٹ کی اہلیت اور خدمات کی اپیل کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ فارم ارلی سٹارٹ یا وینڈر اپیلوں کے لیے استعمال نہیں کیا جاتا ہے۔**

**اپیل کیسے دائر کریں:**

* اپیل دائر کرنے کا تیز ترین طریقہ الیکٹرانک طور پر ڈیپارٹمنٹ آف ڈیولپمنٹل سروسز (DDS) کی ویب سائٹ پر موجود ہے: <https://bit.ly/DDSAppealForm>

**اپیل جمع کرانے کے دیگر طریقے:**

* آپ [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov) پر ای میل کے ذریعے منسلکہ فارم بھیج سکتے ہیں
* آپ منسلکہ فارم ڈاک کے ذریعے 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 پر بھیج سکتے ہیں
* آپ منسلکہ فارم کو 916-654-3641 پر فیکس کے ذریعے بھیج سکتے ہیں

**اپیلز کے لیے ٹائم لائنز:**

آپ کو اپنی اپیل کی درخواست لازماً وقت پر دائر کرنی چاہیے۔ اپیل کی تمام درخواستوں کو لازماً نوٹس آف ایکشن (NOA) یا نیک نیتی کے یقین کا خط (GFBL) مل جانے کی تاریخ کے 60 دن کے اندر، بنا کسی مزید تاخیر، پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول ہو جانا چاہیے۔ دو مقررہ اوقات ہیں۔

* پہلی آخری تاریخ اس لیے ہے کہ اگر آپ اپنی اپیل کے دوران اپنی موجودہ خدمات کو وہسا ہی برقرار رکھنا چاہتے ہیں:
  + آپ کی درخواست کو لازماً آپ کو NOA یا GFBL ملنے کے بعد 30 دن کے اندر، بنا کسی مزید تاخیر کے اور کارروائی کیے جانے سے پہلے پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول ہو جانا چاہیے۔
  + اپیل کے دوران اپنی موجودہ سروسز کو برقرار رکھنے کو زیر التواء ادا کردہ امداد کہا جاتا ہے۔
* دوسری آخری تاریخ یہ ہے کہ اگر آپ کی اپیل کی درخواست آپ کے اپنا NOA یا GFBL حاصل کرنے کے 31 سے 60 دن بعد پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول شدہ ہو۔ 31 سے 60 دنوں کے اندر دائر کی جانے والی ایک اپیل پر عمل کاری کی جائے گی، لیکن زیر التواء ادا کردہ امداد کی اجازت نہیں دی جائے گی۔

**اپنی اپیل کے سلسلے میں مدد کہاں سے حاصل کریں:**

* آپ کا سروس رابطہ کار یا دیگر ریجنل سینٹر کا عملہ، اگر آپ ان سے پوچھتے ہیں۔
* آپ کے کلائنٹس کے حقوق کا وکیل (CRA)، ذیل پر:
  + - شمالی کیلیفورنیا کے لیے (800) 390-7032، جنوبی کیلیفورنیا کے لیے (866) 833-6712، یا
    - [اپنے ریجنل سینٹر میں کلائنٹ کے حقوق کے وکیل کو یہاں تلاش کریں](http://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links)۔
  + محتسب اعلٰی کے دفاتر (877) 658-9731 پر یا [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)، یا [آن لائن یہاں](https://www.dds.ca.gov/initiatives/office-of-the-ombudsperson/)۔
  + اگر آپ خود ارادیت کے پروگرام میں ہیں، تو براہ کرم اس کے بجائے [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) پر ای میل کریں یا [آن لائن](https://www.dds.ca.gov/initiatives/sdp/office-of-the-self-determination-ombudsperson/) جا سکتے ہیں۔
* ترقیاتی معذوری سے متعلق ریاستی کونسل (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)۔ اپنا مقامی SCDD دفتر تلاش کرنے کے لیے، اس ویب صفحہ کے بالائی حصے میں "علاقائی دفاتر" منتخب کریں: [www.scdd.ca.gov](https://scdd.ca.gov/)، اور پھر اپنا علاقہ منتخب کریں۔ آپ ان تک بذریعہ (833) 818-9886 بھی رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔
* حقوق معذوراں کیلیفورنیا (Disability Rights California, DRC) نمبر:
  + - TTY کے لیے 1-800-776-5746، 1-800-719-5798، یا آپ DRC کا [آن لائن انٹیک فارم](https://www.disabilityrightsca.org/intake-form) مکمل کر سکتے ہیں۔
    - DRC بروز پیر، منگل، جمعرات اور جمعہ کو صبح 9:00 بجے – دوپہر 3:00 بجے تک دستیاب رہتا ہے
* آپ فیملی ریسورس سینٹر سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں: <https://frcnca.org/get-connected/>۔
* آپ کا ریجنل سینٹر مقامی پیرنٹ سپورٹ گروپ یا کمیونٹی کی بنیاد پر تنظیم کو تلاش کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے جو آپ کی مدد کر سکتی ہے۔

|  |  |
| --- | --- |
| <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/04/Information-Packet-Urdu.pdf> | **"اپیلوں کا انفارمیشن پیکٹ" QR کوڈ یا ذیل میں دیئے گئے لنک کو استعمال کرتے ہوئے تلاش کیا جاتا ہے۔ وہ اپیل کے عمل کے بارے میں اضافی معلومات فراہم کرتے ہیں۔** |

**کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ**

**\*یہ اپیل کس ریجنل سینٹر کے بارے میں ہے؟** ایک شے منتخب کریں **\*** مطلوبہ فیلڈز

**ریجنل سینٹر کی سروسز موصول یا حاصل کرنے والے شخص کے بارے میں معلومات:**

**\*پہلا نام: \*آخری نام: \*تاریخ پیدائش: منفرد کلائنٹ شناخت کنندہ (UCI)**

**\*سٹریٹ ایڈریس: اپارٹمنٹ نمبر:**

**\*شہر: \*زپ:**

**بنیادی فون نمبر: بنیادی فون نمبر کی قسم: کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟**

 موبائل  گھر  کام/آفس  ہاں  نہیں

(ڈیٹا چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

**ثاںوی فون نمبر: ثانوی فون نمبر کی قسم: کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟**

 موبائل  گھر  کام/آفس  ہاں  نہیں

(ڈیٹا چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

**ای میل ایڈریس:**

**\*آپ کیا اسے ترجیح دیتے ہیں کہ ہم آپ سے کس طرح رابطہ کریں؟**  فون کال   ای-میل   متنی پیغام

**\*آپ کس زبان کو ترجیح دیتے ہیں؟** ایک شے منتخب کریں **\*کیا آپ کو ایک مترجم کی ضرورت ہے؟**  ہاں  نہیں

**اگر آپ کسی اور کے لیے اپیل کی درخواست کر رہے ہیں، تو اپنی معلومات یہاں فراہم کریں:**

**پہلا نام: آخری نام:**

**اس فرد سے رشتہ جس کے لیے یہ اپیل ہے:**

ایک چھوٹے بچے کے والدین  محافظ  سرپرست

خاندانی رکن  قانونی وکیل  دیگر:

مجاز نمائندہ  وکیل

**سٹریٹ کا پتہ: اپارٹمنٹ نمبر:**

**شہر: زپ کوڈ:**

**بنیادی فون نمبر: بنیادی فون نمبر کی قسم: کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟**

 موبائل  گھر  کام/آفس  ہاں  نہیں

(ڈیٹا چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

**ثاںوی فون نمبر: ثانوی فون نمبر کی قسم: کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟**

 موبائل  گھر  کام/آفس  ہاں  نہیں

(ڈیٹا چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

**ای میل ایڈریس:**

**\*آپ کیا اسے ترجیح دیتے ہیں کہ ہم آپ سے کس طرح رابطہ کریں؟**  فون کال   ای-میل   متنی پیغام

**\*آپ کس زبان کو ترجیح دیتے ہیں؟** ایک شے منتخب کریں **\*کیا آپ کو ایک مترجم کی ضرورت ہے؟**  ہاں  نہیں

**کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ**

**آپ اپیل کی درخواست کیوں کر رہے ہیں؟**

**\*کیا آپ کو ریجنل سینٹر سے کوئی دستاویز موصول ہوئی ہے جس پر آپ اپیل کرنا چاہیں گے؟**

 نوٹس برائے کارروائی (NOA)   نیک نیتی کے یقین کا خط (GFBL)   کوئی بھی نہیں

**اگر آپ کو NOA موصول ہوا ہے، تو آپ کو یہ کس تاریخ کو موصول ہوا ہے؟** Click or tap to enter a date.

**\*ریجنل سینٹر کی طرف سے مجوزہ کارروائی کی جا رہی ہے:**

(لاگو ہونے والے تمام پر نشان لگائیں)

|  |  |
| --- | --- |
| آپ کو ایک ریجنل سینٹر کی جانب سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ لینٹرمین ایکٹ کے تحت ریجنل سینٹر کی سروسز کے اہل نہیں ہیں۔ (یہ ابتدائی آغاز کی اہلیت کے لیے نہیں ہے)۔ | **اہلیت سے انکار:** |
|  |  |
| آپ فی الحال ریجنل سینٹر کی خدمات حاصل کر رہے ہیں اور آپ کو مطلع کیا گیا ہے کہ آپ مزید اہل نہیں ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ آپ کا دوبارہ جائزہ لیا گیا تھا اور تعین کیا گیا کہ آپ ریجنل سینٹر کی خدمات کے لیے نااہل تھے۔ | **اہلیت کا خاتمہ:** |
|  |  |
| آپ نے ایک نئی خدمت کی درخواست کی اور آپ کے ریجنل سینٹر کی جانب سے درخواست کو مسترد کر دیا گیا۔ | **خدمت سے انکار:** |
|  |  |
| آپ کو آپ کے ریجنل سینٹر کی طرف سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ کو موجودہ خدمت کم موصول ہو گی۔ | **خدمت میں تخفیف/کمی:** |
|  |  |
| آپ کو آپ کے ریجنل سینٹر کی طرف سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ کو اپنی موجودہ خدمات میں سے ایک یا زیادہ موصول نہیں ہوں گی۔ | **سروس کا خاتمہ:** |
|  |  |

**ریجنل سینٹر کی کارروائی کی تجویز کردہ مؤثر تاریخ کیا ہے؟** Click or tap to enter a date.

**\*اس اپیل کی وجہ(وجوہات):**

**کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ**

**آپ اپنی اپیل کا ازالہ کرنے کی کیسے کوشش کرنا چاہیں گے؟**

اپیل کے عمل کے تین حصے ہوتے ہیں۔ آپ ان حصوں میں سے ایک یا زیادہ کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ایک حصہ کو استعمال کرتے ہوئے اپنا اختلاف حل نہیں کرتے ہیں، تو آپ دوسرے حصوں کو بعد میں استعمال کرنے کا فیصلہ کر سکتے ہیں۔

**\*وہ حصے منتخب کریں جو آپ ذیل میں استعمال کرنا چاہتے ہیں:**

نوٹ کریں: اگر آپ نے درج ذیل ویڈیو کو منتخب کیا ہے، تو آپ لازماً ایک ای میل ایڈریس فراہم کریں۔

|  |  |
| --- | --- |
| آپ ریجنل سینٹر کے ڈائریکٹر یا ان کے منتخب کردہ کسی فرد سے ملاقات کرتے ہیں۔ آپ اور ریجنل سینٹر آپ کی اپیل کو حل کرنے کی کوشش کریں گے۔ | **غیر رسمی میٹنگ** |
| **میں چاہتا ہوں کہ میری غیر رسمی میٹنگ ایسے ہو:**  شخصی طور پر؛  بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا  بذریعہ ٹیلیفون |  |
| آپ اور ریجنل سینٹر ایک ثالث کے ساتھ ملتے ہیں۔ ثالث، ریجنل سینٹر یا DDS کے لیے کام نہیں کرتا ہے۔ ثالث آپ کی اپیل کے بارے میں معاہدہ کرنے میں آپ کی اور ریجنل سینٹر کی مدد کرتا ہے۔ | **ثالثی** |
| **میں چاہتا ہوں کہ میری ثالثی ایسے ہو:**  شخصی طور پر؛  بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا  بذریعہ ٹیلیفون |  |
| آپ کی سماعت، ایک سماعتی افسر کے ساتھ ہے۔ سماعتی افسر ریجنل سینٹر یا DDS کے لیے کام نہیں کرتا ہے۔ سماعتی افسر آپ اور ریجنل سینٹر کی معلومات کو سنتا ہے اور آپ کے حقائق سامنے لانے میں آپ کی مدد کرتا ہے۔ پھر سماعتی افسر آپ کی اپیل کی درخواست میں موجود مسائل کے بارے میں فیصلہ کرتا ہے۔ | **سماعت** |
| **میں چاہتا ہوں کہ میری سماعت ایسے ہو:**  شخصی طور پر؛  بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا  بذریعہ ٹیلیفون |  |

**تاریخیں/وقت دستیاب نہیں ہیں:**

براہ کرم اگلے 90 دنوں کے اندر جب آپ دستیاب نہیں ہوں گے تو وہ تاریخیں اور وقت لکھیں تاکہ آپ کی غیر رسمی ملاقات، ثالثی، یا سماعت ان تاریخوں اور اوقات کے دوران مقرر نہ کی جائے:

**دستخط کا سیکشن:**

یہ فارم جمع کرانے والے شخص کو لازماً ذیل میں دی گئی جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ لکھنی چاہیے۔ آپ اس فارم پر سیاہی سے یا الیکٹرانک طور پر دستخط کر سکتے ہیں۔ اپنا نام ٹائپ کر کے، آپ اتفاق کرتے ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پر دستخط کر دیئے ہیں۔

**\*دستخط: \*پرنٹ شدہ نام:**

**\*تاریخ دستخط کردہ:**

**\*اگر آپ کسی کو اپنی اپیل میں اپنی نمائندگی کرنے کا اختیار دینا چاہتے ہیں، یا اگر آپ کسی دوسرے بالغ کی جانب سے اس اپیل کی درخواست کر رہے ہیں، تو براہ کرم منسلکہ نمائندہ اجازت کا فارم مکمل کریں۔**

**اپیل کے عمل کے دوران آپ کے حقوق آپ کے NOA یا GFBL کے ساتھ فراہم کیے گئے تھے، اور یہاں تلاش کیے جا سکتے ہیں:** <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Urdu.pdf>

**کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ**