

تستخدم هذه الاستمارة للاستئناف بخصوص أهلية وخدمات قانون لانترمان لا تستخدم هذه الاستمارة للبدائية المبكرة ولا لاستئناف الباعة

كيف تقدم استئنافاً:

- أسرع طريقة لتقديم الاستئناف هي إلكترونياً على موقع إدارة الخدمات النمائية (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm> (DDS)

الطرق الأخرى لتقديم الاستئناف:

- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة عبر البريد الإلكتروني إلى AppealRequest@dds.ca.gov
- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة بالبريد إلى العنوان الآتي: O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 1215
- يمكنك إرسال الاستمارة المرفقة عبر الفاكس إلى 916-654-3641

الجدول الزمنية للاستئناف:

يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في الوقت المحدد. يجب أن تكون جميع طلبات الاستئناف مختومة بخاتم البريد أو تم استلامها من قبل DDS في موعد لا يتجاوز 60 يوماً بعد تاريخ حصولك على إشعار الإجراء (NOA) أو خطاب الاعتقاد بحسن النية (GFBL). وهناك مهلتان:

- المهلة الأولى في حالة رغبتك في مواصلة تلقي خدماتك الحالية كما هي أثناء الاستئناف:
 - يجب أن تكون طلبك مختوماً بخاتم البريد أو تم استلامه من قبل DDS في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلامك NOA أو GFBL، وقيل اتخاذ الإجراء.
 - ويُطلق على استمرار تلقي الخدمات الحالية أثناء الاستئناف حق "استمرار المساعدة إلى حين البت في الاستئناف".
- المهلة الثانية هي إذا تم ختم طلب الاستئناف بختم البريد أو تم استلامه من قبل DDS خلال 31 إلى 60 يوماً من تاريخ حصولك على NOA أو GFBL. ستتم معالجة الاستئناف الذي يتم تقديمه في غضون 31 إلى 60 يوماً، ولكن لن يتم منح المساعدة المدفوعة المعلقة.

أين يمكنك الحصول على المساعدة بشأن الاستئناف:

- منسق الخدمة الخاص بك، أو غيره من موظفي المركز الإقليمي، إذا طلبت منهم ذلك.
- المدافع عن حقوق العملاء عبر الهاتف رقم:
 - 800) 390-7032 لشمال كاليفورنيا، 833-6712 (866) لجنوب كاليفورنيا، أو
 - [ابحث عن المدافع عن حقوق العملاء في مركزك الإقليمي هنا.](#)
- مكاتب أمين المظالم على الرقم (877) 658-9731 at أو عبر البريد الإلكتروني ombudsperson@dds.ca.gov, أو [على الإنترنت هنا](#).
 - إذا كنت في برنامج تقرير المصير يرجى إرسال بريد إلكتروني إلى sdp.ombudsperson@dds.ca.gov أو الذهاب إلى [الإنترنت](#) بدلا من ذلك.
- مجلس الولاية للإعاقات النمائية (SCDD). للعثور على المكتب المحلي لمجلس الولاية للإعاقات النمائية، حدد "المكاتب الإقليمية" في الجزء العلوي من صفحة الويب هذه: www.scdd.ca.gov ثم اختر منطقتك. ويمكنك أيضاً التواصل معهم عبر الهاتف رقم (833) 818-9886.
- حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في كاليفورنيا (DRC) عبر الهاتف رقم:
 - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 للهاتف النصي أو يمكنك ملء [DRC's طلب على الإنترنت](#).
 - خدمة DRC متوفرة أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة من الساعة 9:00 صباحاً حتى 3:00 مساءً
- يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من مركز موارد الأسرة من خلال: <https://frcnca.org/get-connected>.
- ويمكن أن يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للأباء أو منظمة مجتمعية يمكنها مساعدتك.



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

يمكن الحصول على "كتيب معلومات التظلمات" باستخدام رمز الاستجابة السريعة أو الرابط التالي. ويقدم هذا الكتيب معلومات إضافية عن إجراءات التظلم.

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

* ما المركز الإقليمي الذي يتعلق به هذا التظلم؟

* حقول مطلوبة

معلومات حول الشخص الذي يتلقى أو يطلب الحصول على خدمات المركز الإقليمي:

الاسم الأول:	* الاسم الأخير	* تاريخ الميلاد:	معرف العميل الفريد (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* عنوان الشارع:	رقم الشقة:	* المدينة:	* الرمز البريدي:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم الهاتف الأساسي:	اكتب رقم الهاتف الأساسي:	هل يمكن إرسال رسائل نصية؟	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد يتم تطبيق رسوم البيانات)	
رقم الهاتف الإضافي:	اكتب رقم الهاتف الإضافي:	هل يمكن إرسال رسائل نصية؟	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد يتم تطبيق رسوم البيانات)	
عنوان البريد الإلكتروني: <input type="text"/>			
* أي طريقة تفضل لكي نتصل بك؟ <input type="checkbox"/> اتصال هاتفي <input type="checkbox"/> بالبريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> رسالة نصية			
* ما اللغة التي تفضلها؟ <input type="checkbox"/> هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كنت تقدم استثناءً لشخص آخر، ضع معلوماتك هنا: <input type="text"/>			

الاسم الأول:	الاسم الأخير:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
علاقته بالشخص المعني بالتظلم:			
<input type="checkbox"/> والد أو والدة طفل قاصر <input type="checkbox"/> ولي <input type="checkbox"/> وصي <input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة <input type="checkbox"/> وكيل قانوني <input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> ممثل مفوض <input type="checkbox"/> محام		
عنوان الشارع:	رقم الشقة:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
المدينة:	الرمز البريدي:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
رقم الهاتف الأساسي:	اكتب رقم الهاتف الأساسي:	هل يمكن إرسال رسائل نصية؟	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد يتم تطبيق رسوم البيانات)	
رقم الهاتف الإضافي:	اكتب رقم الهاتف الإضافي:	هل يمكن إرسال رسائل نصية؟	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> جوال <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> عمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (قد يتم تطبيق رسوم البيانات)	
عنوان البريد الإلكتروني: <input type="text"/>			
* أي طريقة تفضل لكي نتصل بك؟ <input type="checkbox"/> اتصال هاتفي <input type="checkbox"/> بالبريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> رسالة نصية			
* ما اللغة التي تفضلها؟ <input type="checkbox"/> هل تحتاج إلى مترجم شفهي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و 5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

* هل تسلمت وثيقة من المركز الإقليمي ترغب في التظلم منها؟

إخطار بالإجراء خطاب الاعتقاد بحسن النية لا هذا ولا ذاك

إذا كنت قد تسلمت إخطارًا بإجراء، فما تاريخ تسلمه؟

* الإجراء المقترح والمتخذ من قبل المركز الإقليمي:

(تحقق من كل ما ينطبق)

<input type="checkbox"/> رفض الأهلية:	لقد تم إخطارك من قبل أحد المراكز الإقليمية بأنك غير مؤهل للحصول على خدمات المركز الإقليمي بموجب قانون لانترمان. (هذا ليس من أجل أهلية البداية المبكرة).
<input type="checkbox"/> إنهاء الأهلية:	تتلقى حاليًا خدمات المركز الإقليمي، وتم إعلامك بأنك لم تعد مؤهلًا. قد يكون هذا بسبب إعادة تقييمك وتحديد أنك غير مؤهل للحصول على خدمات المركز الإقليمي.
<input type="checkbox"/> رفض الخدمة:	لقد طلبت خدمة جديدة، وتم رفض الطلب من قبل مركز الإقليمي.
<input type="checkbox"/> تقليص الخدمة:	لقد تم إخطارك من قبل مركز الإقليمي بأنك ستلقى قدرًا أقل من الخدمة الحالية.
<input type="checkbox"/> إنهاء الخدمة:	لقد تم إخطارك من قبل مركز الإقليمي بأنك لن تتلقى بعد الآن واحدة أو أكثر من خدماتك الحالية.

ما التاريخ المقترح لسريان إجراء المركز الإقليمي؟

* سبب (أسباب) هذا التظلم:

كيف تريد أن تحاول حل الاستئناف؟

تتألف عملية الاستئناف من ثلاثة إجراءات ويمكنك استخدام إجراء واحد أو أكثر من هذه الإجراءات. وإذا لم يُحلّ خلافك باستخدام إجراء منها، فيمكنك استخدام إجراء آخر بعده.

*** اختر الإجراءات التي تريد استخدامها أدناه.**
ملاحظة: إذا اخترت الفيديو أدناه، فيجب عليك توفير عنوان بريد إلكتروني.

<input type="checkbox"/> اجتماع غير رسمي	تلتقي بمدير المركز الإقليمي أو بالشخص الذي يختاره. ستحاول أنت والمركز الإقليمي حلّ تظلمك. أريد أن يُعقد الاجتماع غير الرسمي: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف
<input type="checkbox"/> الوساطة	تلتقي أنت والمركز الإقليمي مع وسيط. لا يعمل الوسيط لدى المركز الإقليمي أو لدى DDS بتولى مساعدتك أنت والمركز الإقليمي على التوصل إلى اتفاق بشأن تظلمك. أريد أن تُعقد جلسة الوساطة: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف
<input type="checkbox"/> جلسة استماع	ستُعقد جلسة الاستماع مع مسؤول الجلسة. لا يعمل مسؤول الجلسة لدى المركز الإقليمي أو لدى DDS يستمع مسؤول جلسة الاستماع إلى المعلومات منك ومن المركز الإقليمي، ويساعدك على إبراز الحقائق الخاصة بك. ثم يتخذ مسؤول جلسة الاستماع قرارًا بشأن المشكلات الواردة في طلب الاستئناف الخاص بك. أريد أن تُعقد الجلسة: <input type="checkbox"/> وجهًا لوجه؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الفيديو؛ <input type="checkbox"/> و/أو عن طريق الهاتف

التواريخ/الأوقات التي لن تكون متاحًا فيها:

يرجى كتابة أي تواريخ وأوقات لن تكون متاحًا فيها خلال الأيام التسعين القادمة لكي لا يُحدّد موعد الاجتماع غير الرسمي أو جلسة الوساطة أو جلسة الاستماع خلال تلك التواريخ والأوقات:

قسم التوقيع:

يجب على الشخص الذي يقدم هذا النموذج التوقيع والتاريخ في الفراغ أدناه. يمكنك توقيع هذا النموذج بالحبر أو إلكترونيًا. بكتابة اسمك، فإنك توافق على أنك قمت بالتوقيع إلكترونيًا على هذا النموذج.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

***إذا كنت ترغب في تفويض شخص ما لتمثيلك في الاستئناف الخاص بك، أو إذا كنت تطلب هذا الاستئناف نيابة عن شخص بالغ آخر، فيرجى إكمال نموذج تفويض الممثل المرفق.**

تم توفير حقوقك أثناء عملية الاستئناف من خلال NOA أو GFBL، ويمكن العثور عليها هنا <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و 5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

استمارة تفويض ممثل DS 1819 (تاريخ التنقيح: 2023/12)

ما الغرض من هذه الاستمارة؟

تُستخدم هذه الاستمارة لمنح الإذن بمشاركة معلومات شخصية عنك (أي عن الشخص الذي يلتزم أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي). ويمكن استخدامها أيضاً لمنح شخص ما إذنًا بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. ويختلف ذلك عن الممثل المفوض الذي يعينه مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو المحكمة.

ولا يحتاج والدا الأطفال القصر أو الأولياء أو الأوصياء القانونيون للأشخاص الذين يلتزمون أو يتلقون خدمات المركز الإقليمي إلى ملء هذه الاستمارة لمنح الإذن لأنفسهم، لأن لديهم بالفعل إذنًا قانونياً. ولكنهم قد يستخدمون هذه الاستمارة لمنح شخص آخر الإذن بتمثيلك في شكوى بشأن حقوق المستهلك أو في تظلم من الخدمة. وقد يُطلب لاحقاً تقديم ما يثبت علاقتكم بالشخص الذي يلتزم أو يتلقى خدمات المركز الإقليمي.

وفيما يلي الأنواع المختلفة لشكاوى حقوق المستهلك وتظلمات الخدمة:

- شكوى البداية المبكرة: إذا كنت تعترض على خدمة أو قرار أهلية، أو تعتقد أن الحقوق قد انتهكت لطفل من الولادة وحتى سن الثالثة.
- التظلم من خدمة بموجب قانون لانترمان: إذا كنت تعترض على خدمة بموجب قانون لانترمان أو قرار أهلية اقترحه مركز إقليمي.
- 4731 (شكوى حقوق المستهلك): إذا كنت تعتقد أن مركزاً إقليمياً أو مقدم خدمة قد انتهك حقوقك. ولا تتعلق هذه الشكاوى بالخدمات أو الأهلية.

أماكن الحصول على المساعدة

- منسق الخدمة الخاص بك، أو غيره من موظفي المركز الإقليمي، إذا طلبت منهم ذلك.
- المدافع عن حقوق العملاء عبر الهاتف رقم:
 - 390-7032 (800) بالنسبة لسكان شمال كاليفورنيا،
 - أو 833-6712 (866) بالنسبة لسكان جنوب كاليفورنيا،
 - [البحث عن المدافع عن حقوق العملاء في مركزك الإقليمي هنا.](#)
- مكاتب أمين المظالم عبر الهاتف رقم 658-9731 (877) أو البريد الإلكتروني: ombudsperson@dds.ca.gov، أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](#).
- إذا كنت في برنامج تقرير المصير، فيرجى إرسال بريد إلكتروني إلى: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov أو الاطلاع على مزيد من المعلومات [عبر الإنترنت هنا](#).
- مجلس الولاية للإعاقات النمائية. للعثور على المكتب المحلي لمجلس الولاية للإعاقات النمائية، اختر "المكاتب الإقليمية" (Regional Offices) في الجزء العلوي من صفحة الويب: www.scd.ca.gov ثم اختر منطقتك. ويمكنك أيضاً التواصل مع مجلس الولاية للإعاقات النمائية عبر الهاتف رقم 818-9886 (833).
- حقوق ذوي الإعاقات في كاليفورنيا عبر الهاتف رقم:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 للاتصال الهاتفي النصي
 - يمكنك أيضاً ملء [استمارة التسجيل الإلكترونية الخاصة بحقوق ذوي الإعاقات في كاليفورنيا](#).
- يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة من مركز موارد الأسرة: <https://frcnca.org/get-connected>.
- قد يساعدك المركز الإقليمي في العثور على مجموعة دعم محلية للأباء أو منظمة مجتمعية يمكنها مساعدتك.

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة

* حقول مطلوبة

معلومات عن الشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

الاسم الأول:	* الاسم الأخير:	* تاريخ الميلاد:	رمز التعريف الفريد للعميل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* المركز الإقليمي:

ما الغرض من التمثيل؟ (يمكنك تحديد أكثر من خيار واحد)

<input type="checkbox"/> شكوى بشأن حقوق المستهلكين (4731)	<input type="checkbox"/> تظلم بشأن خدمات لانترمان أو الأهلية
<input type="checkbox"/> شكوى بشأن البداية المبكرة	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
	<input type="text"/>

معلومات الممثل:

الاسم الأول:	* الاسم الأخير:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* العلاقة بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

<input type="checkbox"/> والد أو والدة طفل بالغ	<input type="checkbox"/> وكيل قانوني	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة	<input type="checkbox"/> محام	
<input type="checkbox"/> صديق	<input type="checkbox"/> وصي	

* عنوان الشارع:

* رقم الشقة:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

* المدينة:

* الرمز البريدي:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

* رقم الهاتف الأساسي:

نوع الهاتف الأساسي:

هل توافق على تلقي رسائل نصية؟

نعم لا
(قد تُطبَّق رسوم بيانات)

هاتف محمول هاتف منزلي هاتف العمل

<input type="text"/>

* رقم الهاتف الإضافي:

نوع الهاتف الإضافي:

هل توافق على تلقي رسائل نصية؟

نعم لا
(قد تُطبَّق رسوم بيانات)

هاتف محمول هاتف منزلي هاتف العمل

<input type="text"/>

عنوان البريد الإلكتروني:

<input type="text"/>

قسم التوقيع:

بالتوقيع على هذه الاستمارة، أُمِن الممثل المذكور أعلاه إذنًا خطيًا بتلقي المعلومات و/أو تمثيل الشخص الذي يتلقى أو يلتمس الخدمات، على النحو المحدد أعلاه.

* التوقيع:

* الاسم بحروف واضحة:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

* تاريخ التوقيع:

<input type="text"/>

إذا كنت تملأ هذه الاستمارة نيابةً عن شخص آخر، فما علاقتك بالشخص الذي يتلقى أو يلتمس خدمات المركز الإقليمي:

- والد طفل قاصر
 ولي قانوني
 وصي قانوني
 ممثل مفوض (*عَيِّنكَ هيئة إدارية مثل مجلس الولاية للإعاقات النمائية أو محكمة)

معلومات العميل السرية، المادتان 4514 و5328 من قانون الرعاية والمؤسسات في كاليفورنيا، قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة