

فورم درخواست تجدید نظر لانترمن (Lanterman)

DS 1821 (Rev. 09/2023)

این فورم برای درخواست تجدید نظر خدمات و امتیازات لانترمن (Lanterman) استفاده می شود. این فورم برای استفاده شروع زود هنگام و یا فروش درخواست تجدید نظر نمیباشد.

چطور یک درخواست تجدید نظر را فایل کنیم:

- سریع ترین راه برای فایل کردن یک درخواست از طریق ویبسایت دیپارتمنت خدمات انکشافی بطور الکترونیکی میباشد:

<https://bit.ly/DDSAppealForm>

دیگر طریقه های ارائه یک درخواست:

- شما میتوانید فورم ضمیمه شده را ذریعه ایمیل به AppealRequest@dds.ca.gov روان نمایید
- شما میتوانید فورم تان را ذریعه نامه به 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 روان نمایید
- شما میتوانید فورم تان را ذریعه فکس به 916-654-3641 روان نمایید

تقسیم اوقات برای درخواست تجدید نظر:

- شما باید درخواست تجدید نظر خود را به موقع فایل نمایید. همه درخواست های تجدید نظر نباید دیرتر از 60 روز از تاریخ اطلاع Notice of Action (NOA) یا Good faith Belief Letter (GFBEL) دریافت شده باشند. دو ضرب العجل موجود میباشد.
- اولین ضرب العجل برای این است که خدمات فعلی خود را در جریان درخواست تجدید نظر حفظ نمایید
 - درخواست شما نباید دیرتر از 30 روز از موقعی که NOA یا GFBEL دریافت نموده اید و یا قبل از کدام اقدام دیگر، دریافت یا پوست شده باشد.
 - حفظ نمودن خدمات فعلی شما در جریان درخواست تجدید نظر؛ کمک پرداخت در حال انتظار نامیده میشود.
- دومین ضرب العجل این است که اگر درخواست تجدید نظر شما که به مدت 31 تا 60 روز از موقعی که شما NOA یا GFBEL دریافت گردیده؛ دریافت یا پوست شود. یک درخواست تجدید نظر که در جریان 31 الی 60 روز پر شده باشد پروسس خواهد شد؛ اما کمک پرداخت در حال انتظار به شما داده نخواهد شد.

از کجا برای درخواست تجدید نظر خود کمک بگیریم:

- هماهنگ کننده خدمات شما یا دیگر کارمندان سنتر مرکزی، اگر از آنان درخواست نمایید.
- مدافع حقوق مراجعه کنندگان شما (CRA) به نمبر:
 - 390-7032 (800) برای کالیفرنیا شمالی 833-6712 (866)، برای کالیفرنیا جنوبی، یا
 - [مدافع حقوق مراجعه کننده در سنتر منطقه ای خود را در اینجا پیدا کنید.](#)
- ادارات بازرسی ذریعه 658-9731 (877) یا ombudsperson@dds.ca.gov، یا بصورت آنلاین در اینجا.
 - اگر عضو "پروگرام خود مختاری" هستید، لطفاً به sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ایمیل نمایید یا [از اینجا آنلاین شوید.](#)
- شورای ایالاتی در رابطه با معلولیت های انکشافی (SCDD). برای جستجو اداره SCDD محلی خود، "ادارات منطقه ای" این صفحه وب را انتخاب نموده: www.scdd.ca.gov و بعداً منطقه خود را انتخاب نمایید. همچنین میتوانید با نمبر 818-9886 (833) با آنها دسترسی داشته باشید.
- حقوق معلولین کالیفرنیا (DRC) به نمبر:
 - 1-800-776-5746، 1-800-719-5798 برای TTY و یا میتوانید [فورم پذیرش آنلاین DRC](#) را تکمیل نمایید.
 - DRC در روزهای دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه، و جمعه از 9:00 صبح - 3:00 بعد از چاشت در دسترس میباشد.
- همچنان میتوانید از سنتر منابع خانواده کمک بگیرید: <https://frncna.org/get-connected/>.
- امکان دارد سنتر منطقه ای شما بتواند در پیدا نمودن گروه حمایتی والدین محلی یا ارگان مردمی که بتواند به شما کمک نماید، به شما کمک نماید.

"بسته معلومات تجدید نظر" با استفاده از QR یا لینک ذیل پیدا میشود.
آنها معلومات اضافه در مورد پروسه تجدید نظر ارائه مینمایند.



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

***بخش های ضروری**

*** سنتر مرکزی در مورد درخواست تجدید نظر کدام است؟ یک مورد را انتخاب نمایید**

معلومات در مورد شخصی که خدمات سنتر مرکزی را دریافت و یا جستجو مینماید:

*نام:	*تخلص:	تاریخ ولادت*	(UCI) مشخصه موکل خاص

آدرس سرک*	نمبر اپارتمنت:

شهر*	زیپ*

نمبر تماس دائمی	نوعیت نمبر تلفون اولیه	: آیا پیام های کتبی درست است؟
	☐ شخصی ☐ خانه ☐ وظیفه	☐ بله ☐ نخر

نمبر تماس ثانویه :	نوعیت نمبر تلفون اولیه	: آیا پیام های کتبی درست است؟
	☐ شخصی ☐ خانه ☐ وظیفه	☐ بله ☐ نخر

(هزینه معلومات امکان دارد که اعمال شود)

ایمیل آدرس:

***ترجیح میدید که چطور با شما به تماس شویم؟** ☐ تماس تلفونی ☐ ایمیل ☐ پیام کتبی
***کدام زبان را ترجیح میدید؟** ***آیا به ترجمان ضرورت دارید؟** ☐ بله ☐ نخر

اگر شما درخواست تجدید نظر برای شخص دیگر را مینمایید، معلومات خود را در اینجا ثبت نمایید:

نام:	تخلص :

نسبت شما با شخصی که درخواست تجدید نظر مربوط به وی است:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ والدین | ☐ محافظ | ☐ ولی |
| ☐ عضو خانواده | ☐ مدافع حقوقی | ☐ نماینده قانونی |
| ☐ وکیل | ☐ دیگر | |

آدرس سرک:	نمبر اپارتمنت

شهر:	زیپ کود

نمبر تماس دائمی:	نوعیت نمبر تلفون اولیه	: آیا پیام های کتبی درست است؟
	☐ شخصی ☐ خانه ☐ وظیفه	☐ بله ☐ نخر

نمبر تماس ثانویه :	نوعیت نمبر تلفون اولیه	: آیا پیام های کتبی درست است؟
	☐ شخصی ☐ خانه ☐ وظیفه	☐ بله ☐ نخر

(هزینه معلومات امکان دارد که اعمال شود)

ایمیل آدرس:

***ترجیح میدید که چطور با شما به تماس شویم؟** ☐ تماس تلفونی ☐ ایمیل ☐ پیام کتبی
***کدام زبان را ترجیح میدید؟** ***آیا به ترجمان ضرورت دارید؟** ☐ بله ☐ نخر

معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیتوت 4514 و 5328 ، بیمه صحی قابل انتقال و پاسخگویی قانون

* آیا کدام سندی از سنتر مرکزی که شما میخواهید درخواست تجدید نظر نمایید، دریافت نموده اید؟

☐ اطلاع عمل (NOA) ☐ نامه حسن نیت (GFBL) ☐ هیچکدام

اگر شما یک NOA دریافت نمودید، به کدام تاریخ بوده است؟ برای وارد کردن تاریخ اینجا کلیک یا ضربه بزنید

* اقدام پیشنهادی که از طریق سنتر منطقه ای صورت میگیرد:

(تمام موارد درخواستی را چک نمایید)

☐ انکار واجد شرایط بودن:	شما توسط یک سنتر منطقه ای اطلاع حاصل نمودید که طبق قانون لانترمن واجد شرایط خدمات سنتر منطقه ای نمیباشید. (این برای شروع زود هنگام واجد شرایط بودن، نمیباشد).
☐ فسخ واجد شرایط بودن:	شما در حال حاضر خدمات سنتر منطقه ای را دریافت مینمایید و به شما اطلاع داده شده که دیگر واجد شرایط نمیباشید. این میتواند به این دلیل باشد که شما ارزیابی مجدد و مشخص برای واجد شرایط بودن در خدمات سنتر منطقه ای گردیده اید.
☐ انکار خدمات	شما درخواست خدمات نو نموده و درخواست از سوی سنتر منطقه ای شما رد شده است.
☐ کاهش خدمات:	شما از طریق سنتر منطقه ای خود مطلع گردیده اید که شما خدمات کمتری از خدمات فعلی دریافت خواهید نمود.
☐ فسخ خدمات:	شما از طریق سنتر منطقه ای خود مطلع گردیده اید که شما دیگر یک یا بیشتر از خدمات فعلی خود را دریافت نخواهید کرد.

برای وارد کردن تاریخ کلیک نموده یا بالای آن

تاریخ موثر پیشنهادی اقدام سنتر منطقه ای چیست؟

ضربه بزنید.

* دلایل برای درخواست این تجدید نظر:

چطور می‌خواهید که درخواست تجدید نظر شما حل گردد؟

پروسه استیناف سه بخش دارد. امکان دارد شما یک یا بیشتر از این بخش ها را استفاده نمایید. اگر شما اختلاف نظر خود را با استفاده از یک بخش حل و فصل نمودید، بعداً تصمیم می‌گیرید که از بخش های دیگر استفاده نمایید.

***بخش هایی را که می‌خواهید از موارد ذیل استفاده کنید؛ انتخاب نمایید:**

نوت: اگر ویدئوی ذیل را انتخاب نمودید، شما باید یک ایمیل آدرس ارائه نمایید.

☐ جلسه غیر رسمی	شما با مدیر سنتر منطقه ای و یا کسی که آنها را انتخاب نموده اند، ملاقات مینمایید. شما و سنتر منطقه ای تلاش خواهید نمود تا درخواست تجدید نظر خود را حل نمایید. .
	من می‌خواهم که جلسه غیر رسمی من ذریعه باشد:
	☐ شخصاً؛ ☐ ذریعه ویدئو؛ و یا ☐ ذریعه تلفون
☐ میانجیگر	شما و سنتر منطقه ای با یک شخص میانجیگر ملاقات مینمایید. میانجیگر برای سنتر منطقه ای یا DDS کار نمینماید. میانجیگر به شما و سنتر منطقه ای کمک مینماید تا در مورد درخواست تجدید نظر شما موافقه صورت بگیرد.
	من می‌خواهم که جلسه غیر رسمی من ذریعه باشد:
	☐ شخصاً؛ ☐ ذریعه ویدئو؛ و یا ☐ ذریعه تلفون
☐ استماع	جلسه استماع شما با یک آفیسر دادرسی است. آفیسر دادرسی برای سنتر منطقه ای یا DDS کار نمینماید. آفیسر دادرسی معلومات شما و سنتر منطقه ای را میشنود و به شما کمک مینماید تا حقایق خود را آشکار نمایید. بعداً آفیسر دادرسی در مورد موضوعات در مورد درخواست تجدید نظر شما تصمیم می‌گیرد.
	من می‌خواهم که جلسه غیر رسمی من باشد:
	☐ شخصاً؛ ☐ ذریعه ویدئو؛ و یا ☐ ذریعه تلفون

تاریخ/ وقت غیر قابل دسترس:

لطفاً هر تاریخ و وقتی را که در طول 90 روز آینده در دسترس نمی‌باشید را بنویسید تا جلسه استماع، میانجیگری یا دادرسی غیررسمی شما در آن تاریخ ها و اوقات برنامه ریزی نشود:

--

بخش امضاء:

شخص ارائه کننده این فورم باید در مکان ذیل امضاء نموده و تاریخ را نوشته نماید. شما میتوانید این فورم را ذریعه قلم یا الکترونیکی امضاء نمایید. با تایپ نمودن نام خود، شما موافقه مینمایید که به طور الکترونیکی این فورم را امضاء نموده اید.

*امضاء:	*نام بشكل واضح:
*تاریخ امضاء:	

***اگر شما قصد دارید که کس دیگری را به حیث نماینده اجازه بدهید تا درخواست تجدید نظر شما را انجام دهد، و یا اگر شما می‌خواهید این درخواست تجدید نظر از طرف یک کلانسال دیگر انجام شود، لطفاً فورم جواز نماینده ضمیمه شده را تکمیل نمایید.**

حقوق شما در جریان پروسه درخواست تجدید نظر با NOA یا GFBL شما داده شده، و آن را میتواند در اینجا جستجو نمایید:

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

معلومات محرمانه موکل ، رفاه کالیفرنیا و کود بخش های انستیتوت 4514 و 5328 ، بیمه صحتی قابل انتقال و پاسخگویی قانون

این فورم برای چیست؟

این فورم بمنظور ارائه مجوز به اشتراک گذاشتن معلومات شخصی درباره شما (شخصی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی است یا آن خدمات را اخذ میکند) استفاده میشود. همچنین میتوان از آن برای دادن اجازه به یک شخص برای نماینده گی تان در پروسه شکایت حقوق مصرف کننده یا درخواست تجدید نظر خدمات استفاده نمود. این با نماینده مجاز که توسط شورای ایالتی معلولیت‌های انکشافی (SCDD) یا محکمه منصوب میگردد، فرق دارد.

والدین یک طفل خورد سال، محافظ، یا سرپرستان قانونی افرادی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی هستند یا آن خدمات را اخذ میکنند، آنها برای اجازه به خودشان ضرورت به تکمیل این فورم را ندارد. آنها قبلاً مجوز قانونی دارند. گرچند، ممکن است آنها از این فورم برای دادن مجوز به شخص دیگری برای نماینده گی شان در پروسه شکایت حقوق مصرف کننده یا درخواست تجدید نظر خدمات استفاده کنند. ممکن است بعداً ضرورت به ارائه سندی باشد مبنی بر نسبت با شخصی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی است یا آن خدمات را اخذ میکند.

اقسام مختلف شکایات حقوق مصرف کننده و درخواست تجدید نظر خدمات عبارتند از:

- **شکایت Early Start** - وقتی با یک تصمیم خدمات یا معیار واجدالشرایط بودن مخالف هستید یا معتقدید که حقوق یک طفل از وقت تولد تا سه سالگی نقض شده است.
- **درخواست تجدید نظر خدمات Lanterman** - وقتی با خدمات Lanterman یا تصمیم واجدالشرایط بودن درخواست شده توسط یک سنتر حوزوی مخالف هستید.
- **4731 (شکایت حقوق مصرف کننده)** - وقتی معتقدید حقوق تان توسط یک سنتر حوزوی یا یک ارائه دهنده خدمات نقض شده است. این قسم شکایات مربوط به خدمات یا واجدالشرایط بودن نمیباشد.

از کجا باید کمک گرفت

- هماهنگ کننده خدمات تان یا سایر کارکنان سنتر حوزوی، اگر از آنها درخواست کنید.
- مدافع حقوق مشتریان (CRA) در:
 - 800-390-7032 برای کالیفرنای شمالی، یا
 - 866-833-6712 برای کالیفرنای جنوبی، یا
 - [مدافع حقوق مشتریان را در سنتر حوزوی تان در اینجا پیدا کنید.](#)
- دفاتر Ombudsperson به نمبر 658-9731 (877) یا ایمیل ombudsperson@dds.ca.gov، یا معلومات بیشتر را بصورت [آنلاین در اینجا](#) پیدا کنید.
 - اگر شما در Self-Determination Program هستید، لطفاً به sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ایمیل ارسال نمایند یا معلومات بیشتر را بصورت [آنلاین در اینجا](#) پیدا کنید.
- شورای ایالتی معلولیت‌های انکشافی (SCDD). جهت یافتن دفتر SCDD محلی تان، "دفاتر حوزوی" در بالای صفحه وبسایت www.scdd.ca.gov را انتخاب نمائید و بعد منطقه تان را انتخاب کنید. همچنین میتوانید از طریق نمبر 818-9886 (833) با SCDD تماس بگیرید.
- حقوق معلولین کالیفرنیا (DRC) از طریق:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 برای تماس TTY
 - همچنین میتوانید [فورم آنلاین پذیرش DRC](#) را تکمیل کنید.
- همچنین میتوانید از یک سنتر منابع فامیلی کمک دریافت نمائید: <https://frnca.org/get-connected/>.
- سنتر حوزوی تان میتواند به شما کمک کند تا یک گروپ حمایتی والدین محلی یا نهاد مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که به شما کمک نماید.

معلومات محرمانه مشتری، قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا بخش های 4514 و 5328، قانون قابلیت انتقال و مسئولیت پذیری بیمه صحت

معلومات درباره شخصی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی است یا آن خدمات را اخذ میکند:

* نام: _____ * تخلص: _____ * تاریخ تولد: _____ شناسه انحصاری مشتری (UCI) _____

* سنتر حوزوی:

نماینده گی را برای چه میخواهید؟ (میتوانید بیشتر از یک اپشن را انتخاب کنید)

☐ شکایت حقوق مصرف کننده (4731) ☐ خدمات Lanterman یا درخواست تجدید نظر واجدالشرایط بودن ☐ شکایت Early Start ☐ سایر موارد: _____

معلومات نماینده:

* نام: _____ * تخلص: _____

* نسبت با شخصی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی است یا آن خدمات را اخذ میکند:

☐ والدین طفل بالغ ☐ مشاور حقوقی ☐ سایر موارد: _____
☐ عضو فامیل ☐ وکیل
☐ دوست ☐ سرپرست

* ادرس سرک:

* نمبر اپارتمنت:

* شهر:

* زیپ کد:

* نمبر تلفون اصلی:

نوع نمبر تلفون اصلی:

☐ شخصی ☐ خانه ☐ کار

آیا ارسال مسج امکان دارد؟

☐ بلی ☐ نخیر
(ممکن است مصارف دیتا اعمال شود)

نمبر تلفون ثانویه:

نوع نمبر تلفون ثانویه:

☐ شخصی ☐ خانه ☐ کار

آیا ارسال مسج امکان دارد؟

☐ بلی ☐ نخیر
(ممکن است مصارف دیتا اعمال شود)

ایمیل ادرس:

قسمت امضا:

با امضای این فورم، به نماینده فوق الذکر کتباً اجازه میدهم، همانطور که در فوق اشاره شد، معلومات را دریافت کند و/یا نماینده شخصی باشد که خدمات را دنبال و اخذ میکند.

* امضاء:

* نام با حروف کلان و واضح:

* امضاء با ذکر تاریخ:

اگر شما از جانب شخص دیگری این فورم را خانه پوری میکنید، نسبت شما با شخصی که به دنبال خدمات سنتر حوزوی است یا آن خدمات را اخذ میکند، چیست:

☐ والدین طفل خردسال
☐ محافظ
☐ سرپرست قانونی
☐ نماینده مجاز (*منسوب شده توسط هیأت حاکمه از قبیل SCDD یا یک محکمه)

معلومات محرمانه مشتری، قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا بخش های 4514 و 5328، قانون قابلیت انتقال و مسئولیت پذیری بیمه صحت