

از این فرم برای درخواست تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن و خدمات قانون لنترنمن استفاده می‌شود. این فرم برای درخواست تجدیدنظر شروع زود هنگام یا ارائه دهنده خدمات استفاده نمی‌شود.

نحوه ثبت درخواست تجدید نظر:

- سریعترین راه برای ثبت درخواست تجدیدنظر به صورت الکترونیکی در وب سایت سازمان خدمات رشدی (DDS) است:
<https://bit.ly/DDSAppealForm>

راه‌های دیگر برای ارسال درخواست تجدید نظر:

- می‌توانید فرم پیوست را از طریق ایمیل به AppealRequest@dds.ca.gov ارسال کنید.
- می‌توانید فرم پیوست را از طریق پست به 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 ارسال کنید.
- می‌توانید فرم پیوست را از طریق فکس به شماره 916-654-3641 ارسال کنید.

جدول زمانی درخواست تجدیدنظر:

- شما باید درخواست تجدید نظر خود را به موقع ارسال کنید. تمام درخواست‌های تجدیدنظر باید حداکثر 60 روز پس از تاریخ دریافت اطلاعیه اقدام (NOA) یا نامه اعتقاد حسن نیت (GFBL) مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شوند. دو مهلت وجود دارد.
- اولین مهلت برای این است که اگر می‌خواهید خدمات فعلی خود را در طول درخواست تجدید نظر خود حفظ کنید:
 - درخواست شما باید حداکثر 30 روز از زمان دریافت NOA یا GFBL خود و قبل از اقدام، مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شود.
 - حفظ خدمات فعلی شما در طول درخواست تجدیدنظر، کمک‌های پرداخت شده در انتظار نامیده می‌شود.
- مهلت دوم در صورتی است که درخواست تجدیدنظر شما 31 تا 60 روز از زمانی که NOA یا GFBL خود را دریافت کرده‌اید مهر پست خورده یا توسط DDS دریافت شود. به درخواست تجدیدنظری که ظرف 31 تا 60 روز ثبت شود، رسیدگی خواهد شد، اما کمک‌های پرداخت شده در انتظار اعطا نخواهد شد.

در مورد درخواست تجدید نظر خود از کجا کمک بگیریم:

- مسئول هماهنگی خدمات شما یا سایر کارکنان مرکز منطقه‌ای، اگر از آنها بخواهید.
- مدافع حقوق مشتریان شما (CRA) با شماره تماس:
 - 800-390-7032 (800) برای کالیفرنیا شمالی، 833-6712 (866) برای کالیفرنیا جنوبی، یا
 - [وکیل حقوق مشتریان را در مرکز منطقه‌ای خود در اینجا بیابید.](#)
- دفاتر Ombudsperson به شماره 658-9731 (877) یا ombudsperson@dds.ca.gov، یا [آنلاین اینجا](#).
 - اگر در برنامه خودتعیین‌گری هستید، لطفاً به sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ایمیل بزنید یا به جای آن می‌توانید [آنلاین](#) بروید.
- شورای دولتی ناتوانی‌های رشدی (SCDD). برای پیدا کردن دفتر SCDD محلی خود، "دفاتر منطقه‌ای" را در بالای این صفحه وب انتخاب کنید: www.scdd.ca.gov، و سپس منطقه خود را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید با شماره 818-9886 (833) با آنها تماس بگیرید.
- **حقوق معلولان کالیفرنیا (DRC) در:**
 - 1-800-776-5746، 1-800-719-5798 برای TTY، یا می‌توانید [فرم دریافت آنلاین DRC](#) را تکمیل کنید.
 - DRC دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه و جمعه از ساعت 9:00 صبح تا 3:00 بعد از ظهر در دسترس است
- همچنین می‌توانید از مرکز منابع خانواده کمک بگیرید: <https://frncna.org/get-connected/>.
- مرکز منطقه‌ای شما می‌تواند به شما کمک کند تا یک گروه محلی پشتیبانی والدین یا سازمان مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که بتواند به شما کمک کند.



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

«بسته اطلاعات تجدیدنظر» با استفاده از کد QR یا پیوند پیدا می‌شود. آنها اطلاعات بیشتری در مورد روند تجدید نظر ارائه می‌دهند.

* این درخواست در مورد کدام مرکز منطقه‌ای است؟

* فیلدهای الزامی

اطلاعات در مورد شخصی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال آن است:

نام: * نام خانوادگی: * تاریخ تولد: * شناسه مشتری منحصر به فرد (UCI): *

آدرس خیابان: * شماره آپارتمان: *

شهر: * کدپستی: *

شماره تلفن اصلی: نوع شماره تلفن اصلی: پیامک مشکلی ندارد؟
☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار ☐ بله ☐ خیر
(هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود)

شماره تلفن ثانویه: نوع شماره تلفن ثانویه: پیامک مشکلی ندارد؟
☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار ☐ بله ☐ خیر
(هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود)

آدرس ایمیل: *

* ترجیح می‌دهید چگونه با شما تماس بگیریم؟ ☐ تماس تلفنی ☐ پست الکترونیک ☐ پیام متنی
* چه زبانی را ترجیح می‌دهید؟ * آیا به مترجم نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر برای شخص دیگری درخواست تجدید نظر دارید، اطلاعات خود را در اینجا ارائه دهید:

نام: نام خانوادگی: *

ارتباط با شخصی که برای او درخواست تجدید نظر شده است:

☐ پدر و مادر یک فرزند خردسال ☐ حافظ حقوق ☐ قیم
☐ عضو خانواده ☐ وکیل مدافع ☐ سایر موارد: ☐ نماینده مجاز ☐ وکیل

نشانی: شماره آپارتمان: *

شهر: کد پستی: *

شماره تلفن اصلی: نوع شماره تلفن اصلی: پیامک مشکلی ندارد؟
☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار ☐ بله ☐ خیر
(هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود)

شماره تلفن ثانویه: نوع شماره تلفن ثانویه: پیامک مشکلی ندارد؟
☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار ☐ بله ☐ خیر
(هزینه اینترنت ممکن است اعمال شود)

آدرس ایمیل: *

* ترجیح می‌دهید چگونه با شما تماس بگیریم؟ ☐ تماس تلفنی ☐ پست الکترونیک ☐ پیام متنی
* چه زبانی را ترجیح می‌دهید؟ * آیا به مترجم نیاز دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی

* آیا سندی از مرکز منطقه‌ای دریافت کردید که می‌خواهید درخواست تجدید نظر کنید؟

☐ اطلاعیه اقدام (NOA) ☐ نامه اعتقاد به حسن نیت (GFBL) ☐ هیچ کدام

اگر NOA دریافت کردید، چه تاریخی آن را دریافت کردید؟

* اقدام پیشنهادی در حال انجام توسط مرکز منطقه‌ای:

(همه موارد قابل اطلاق را علامت بزنید)

☐ رد صلاحیت:	یکی از مراکز منطقه‌ای به شما اطلاع داده است که بر اساس قانون لنترنمن واجد شرایط دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای نیستید. (این موضوع در مورد واجد شرایط بودن شروع زودهنگام صدق نمی‌کند).
☐ خاتمه صلاحیت:	شما در حال حاضر خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کنید و به شما اطلاع داده شد که دیگر واجد شرایط نیستید. این امر ممکن است به این دلیل باشد که شما مجدداً ارزیابی شده‌اید و مشخص شده است که برای خدمات مرکز منطقه‌ای واجد شرایط نیستید.
☐ رد خدمات:	شما یک خدمت جدید درخواست کردید و مرکز منطقه‌ای شما این درخواست را رد کرد.
☐ کاهش خدمات:	مرکز منطقه‌ای شما به شما اطلاع داده است که از خدمات فعلی، مقدار کمتری را دریافت خواهید کرد.
☐ خاتمه خدمات:	مرکز منطقه‌ای شما به شما اطلاع داده شده است که دیگر یک یا چند مورد از خدمات فعلی خود را دریافت نخواهید کرد.

تاریخ اجرای پیشنهادی برای اقدام مرکز منطقه‌ای چه زمانی است؟

* دلیل(های) این درخواست تجدیدنظر:

چگونه می‌خواهید برای حل و فصل درخواست خود تلاش کنید؟

فرآیند تجدید نظر سه بخش است. می‌توانید از یک یا چند مورد از این بخش‌ها استفاده کنید. اگر اختلاف خود را با استفاده از یک بخش حل نکردید، ممکن است بعداً تصمیم بگیرید که از بخش‌های دیگر استفاده کنید.

***بخش‌هایی را که می‌خواهید استفاده کنید در زیر انتخاب کنید:**
توجه: اگر ویدیوی زیر را انتخاب کنید، باید یک آدرس ایمیل ارائه دهید.

☐ جلسه غیر رسمی	شما با مدیر مرکز منطقه‌ای یا شخصی که آنها انتخاب می‌کنند ملاقات می‌کنید. شما و مرکز منطقه‌ای سعی می‌کنید درخواست تجدید نظر خود را حل کنید. من می‌خواهم جلسه غیر رسمی ام این‌گونه باشد: ☐ به صورت حضوری؛ ☐ توسط ویدئو؛ و/یا ☐ از طریق تلفن
☐ میانجی‌گری	شما و مرکز منطقه‌ای با یک میانجی ملاقات می‌کنید. میانجی برای مرکز منطقه‌ای یا DDS کار نمی‌کند. میانجی به شما و مرکز منطقه‌ای کمک می‌کند تا در مورد درخواست تجدید نظر خود به توافق برسید. من می‌خواهم میانجی‌گری من این‌گونه باشد: ☐ به صورت حضوری؛ ☐ توسط ویدئو؛ و/یا ☐ از طریق تلفن
☐ دادرسی	جلسه دادرسی شما با حضور یکی از کارشناسان دادرسی برگزار می‌گردد. کارشناس دادرسی برای مرکز منطقه‌ای یا DDS کار نمی‌کند. کارشناس دادرسی به اطلاعات شما و مرکز منطقه‌ای گوش می‌دهد و به شما کمک می‌کند تا حقایق خود را بیان کنید. سپس کارشناس دادرسی در مورد مسائل موجود در درخواست تجدید نظر شما تصمیم می‌گیرد. من می‌خواهم دادرسی من این‌گونه باشد: ☐ به صورت حضوری؛ ☐ توسط ویدئو؛ و/یا ☐ از طریق تلفن

تاریخ‌ها/زمان‌هایی که در دسترس نیستید:

لطفاً هر تاریخ و ساعتی را که در 90 روز آینده در دسترس نیستید بنویسید تا جلسه غیررسمی، میانجی‌گری یا دادرسی شما در آن تاریخ‌ها و ساعت‌ها برنامه‌ریزی نشود:

بخش امضا:

شخصی که این فرم را ارسال می‌کند باید در کادر زیر امضا کند و تاریخ بزند. می‌توانید این فرم را با خودکار یا به صورت الکترونیکی امضا کنید. با تایپ نام خود، موافقت می‌کنید که این فرم را به صورت الکترونیکی امضا کرده‌اید.

*** نام با حروف مجزا:**

*** امضا:**

*** تاریخ امضا:**

*** اگر می‌خواهید به شخصی اجازه دهید که در درخواست تجدید نظر شما نماینده شما باشد، یا اگر از طرف بزرگسال دیگری درخواست این تجدید نظر را دارید، لطفاً فرم مجوز نماینده پیوست را تکمیل کنید.**

حقوق شما در طول فرآیند تجدید نظر در NOA یا GFBL شما ارائه شده است و می‌توانید آن را در اینجا بیابید: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی

کاربرد این فرم چیست؟

کاربرد این فرم صدور اجازه برای اشتراک گذاری اطلاعات شخصی در مورد شما است (کسی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات از مرکز منطقه‌ای است). همچنین می‌توان از آن برای دادن اجازه به کسی برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف‌کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کرد. این نماینده با نماینده مجازی که توسط شورای ایالتی معلولیت‌های رشدی (SCDD) یا دادگاه منصوب می‌شود متفاوت است.

والدین یک کودک زیر سن قانونی، حافظ حقوق، یا قیم قانونی افرادی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای هستند، نیازی به تکمیل این فرم برای اجازه دادن به خود ندارند. آنها از قبل مجوز قانونی دارند. البته، آنها می‌توانند از این فرم برای دادن مجوز به شخص دیگری برای نمایندگی شما در شکایت حقوق مصرف‌کننده یا درخواست تجدیدنظر خدمات استفاده کنند. ممکن است بعداً به ارائه مدرکی مبنی بر ارتباط با شخصی که به دنبال یا در حال دریافت خدمات مرکز منطقه‌ای است نیاز باشد.

انواع مختلف شکایات حقوق مصرف‌کننده و درخواست خدمات عبارتند از:

- شکایت شروع زودهنگام - وقتی با رای مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن مخالف هستید یا اعتقاد دارید که حقوق کودک از بدو تولد تا سه سالگی نقض شده است.
- درخواست تجدیدنظر خدمات لنترمین - زمانی که با خدمات لنترمین یا رای واجد شرایط بودن پیشنهاد شده توسط یک مرکز منطقه‌ای مخالف هستید.
- 4731 (شکایت حقوق مصرف‌کننده) - زمانی که فکر می‌کنید حقوق شما توسط یک مرکز منطقه‌ای یا یک ارائه دهنده خدمات نقض شده است. این شکایات مربوط به خدمات یا واجد شرایط بودن نیست.

از کجا باید کمک گرفت

- مسئول هماهنگی خدمات شما یا سایر کارکنان مرکز منطقه‌ای، در صورتی که از آنها بخواهید.
- وکیل حقوق مشتریان شما (CRA) از طریق شماره تماس:
 ○ 390-7032 (800) برای شمال کالیفرنیا، یا
 ○ 833-6712 (866) برای جنوب کالیفرنیا، یا
 ○ [وکیل حقوق مشتریان را در مرکز منطقه‌ای خود در اینجا بیابید.](#)
- دفاتر Ombudsperson به شماره 658-9731 (877) یا ombudsperson@dds.ca.gov، یا اطلاعات بیشتر را [به صورت آنلاین اینجا](#) بیابید.
 ○ اگر در برنامه خودتعیین‌گری هستید، لطفاً به sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ایمیل بزنید یا اطلاعات بیشتر را [اینجا](#) ببینید.
- شورای ایالتی ناتوانی‌های رشدی (SCDD). برای پیدا کردن دفتر SCDD محلی خود، «دفاتر منطقه‌ای» را در بالای این صفحه وب انتخاب کنید: www.scdd.ca.gov، و سپس منطقه خود را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید با شماره 818-9886 (833) با SCDD تماس بگیرید.
- حقوق معلولان کالیفرنیا (DRC) به شماره:
 ○ 1-800-776-5746
 ○ 1-800-719-5798 برای تماس TTY
 ○ همچنین می‌توانید [فرم دریافت آنلاین DRC](#) را تکمیل کنید.
- همچنین می‌توانید از مرکز منابع خانواده کمک بگیرید: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- مرکز منطقه‌ای شما می‌تواند به شما کمک کند تا یک گروه محلی پشتیبانی والدین یا سازمان مبتنی بر جامعه را پیدا کنید که بتواند به شما کمک کند.

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی

*فیلدهای ضروری

اطلاعات در مورد شخصی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال آن است:

* نام: _____ * نام خانوادگی: _____ * تاریخ تولد: _____ شناسه مشتری منحصر به فرد (UCI): _____

* مرکز منطقه‌ای:

برای چه می‌خواهید نماینده داشته باشید؟ (شما می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید)

☐ شکایت حقوق مصرف کنندگان (4731) ☐ خدمات اینترنت یا درخواست تجدید نظر واجد شرایط بودن
☐ شکایت برای شروع زود هنگام ☐ سایر موارد: _____

اطلاعات نماینده:

* نام: _____ * نام خانوادگی: _____

* ارتباط با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است:

☐ پدر و مادر یک فرزند بالغ ☐ وکیل مدافع ☐ سایر موارد: _____
☐ عضو خانواده ☐ وکیل
☐ دوست ☐ قیم

* آدرس خیابان:

* شماره آپارتمان:

* شهر:

* زیپ کد:

* شماره تلفن اصلی:

_____ نوع شماره تلفن اصلی: ☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار

دریافت تست ایرادی ندارد؟

☐ بله ☐ خیر
(هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود)

شماره تلفن ثانویه:

_____ نوع شماره تلفن اصلی: ☐ همراه ☐ خانه ☐ محل کار

دریافت تست ایرادی ندارد؟

☐ بله ☐ خیر
(هزینه‌های اینترنت ممکن است اعمال شود)

آدرس ایمیل:

بخش امضا:

با امضای این فرم، من به نماینده ذکر شده در بالا اجازه کتبی می‌دهم تا اطلاعات دریافت کند و یا نماینده دریافت کننده یا فرد متقاضی خدمات باشد، همانطور که در بالا مشخص شده است.

* امضا:

* نام با حروف مجزا:

* تاریخ امضا:

اگر از طرف شخص دیگری این فرم را پر می‌کنید، رابطه شما با فردی که خدمات مرکز منطقه‌ای را دریافت می‌کند یا به دنبال دریافت آن است چیست:

☐ پدر و مادر کودک زیر سن قانونی
☐ حافظ حقوق
☐ سرپرست قانونی
☐ نماینده مجاز (*منصوب شده توسط یک نهاد دولتی مانند SCDD یا دادگاه)

اطلاعات محرمانه مشتری، بخش‌های 4514 و 5328 قانون رفاه و مؤسسات کالیفرنیا، قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی