

**इस फार्म का उपयोग लैटरमैन एक्ट पात्रता और सेवाओं की अपील के लिए किया जाता है। इस फॉर्म का उपयोग अर्ली स्टार्ट या वेंडर अपीलों के लिए नहीं किया जाता।
अपील कैसे दायर करें:**

- अपील दायर करने का सबसे तेज तरीका, इलेक्ट्रॉनिक तौर पर डिपार्टमेंट ऑफ डेवेलपमेंटल सर्विसेज (DDS) की वेबसाइट पर जाकर करना है: <https://bit.ly/DDSAppealForm>

अपील प्रस्तुत करने के अन्य तरीके:

- आप AppealRequest@dds.ca.gov पर ईमेल करके संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं
- आप 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 पर डाक से संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं
- आप 916-654-3641 पर फैक्स करके संलग्न फॉर्म भेज सकते हैं

अपील के लिए समय सीमाएं:

आपको अपना अपील अनुरोध समय पर अवश्य दाखिल करना चाहिए। सभी अपील अनुरोध, आपको यह कार्रवाई सूचना (NOA) या सद्भावना विश्वास पत्र (GFBL) प्राप्त होने की तारीख के बाद 60 दिनों के भीतर डाक मोहर लगे होना या DDS द्वारा प्राप्त होना आवश्यक हैं। दो समय-सीमाएं हैं।

- पहली समय-सीमा तब के लिए है, जब आप अपनी अपील के दौरान अपनी मौजूदा सेवाओं को बनाए रखना चाहते हैं:
 - आपका अनुरोध, आपको NOA या GFBL प्राप्त होने से 30 दिनों के भीतर डाक मोहर लगे होना या DDS द्वारा प्राप्त होना आवश्यक हैं।
 - अपील के दौरान अपनी मौजूदा सेवाओं को बनाए रखने को, एड पेड पेंडिंग कहा जाता है।
- दूसरी समय-सीमा तब होती है, यदि आपका अपील अनुरोध आपको NOA या GFBL प्राप्त होने से 31 से 60 दिनों तक डाक मोहर लगा हुआ या DDS द्वारा प्राप्त किया गया हो। जो अपील 31 से 60 दिनों के अंदर दायर की जाती है, उसे संसाधित किया जाएगा, लेकिन एड पेड पेंडिंग नहीं दी जाएगी।

आपकी अपील के संबंध में कहाँ से सहायता पाएं:

- आपका सेवा समन्वयक या अन्य रीजनल सेंटर स्टाफ, यदि आप उनसे कहते हैं।
- अपने ग्राहक अधिकार अधिवक्ता (CRA) से निम्नलिखित नंबर पर:
 - उत्तरी कैलिफोर्निया के लिए (800) 390-7032, दक्षिणी कैलिफोर्निया के लिए (866) 833-6712, या
 - [यहाँ अपने रीजनल सेंटर में ग्राहकों के अधिकार संबंधी एडवोकेट पाएं।](#)
- ओम्बड्सपर्सन कार्यालयों को (877) 658-9731 या ombudsperson@dds.ca.gov पर या [यहाँ ऑनलाइन।](#)
 - यदि आप स्व-निर्धारण कार्यक्रम में हैं, तो कृपया sdp.ombudsperson@dds.ca.gov पर ईमेल करें या इसकी बजाय आप [ऑनलाइन](#) जा सकते हैं।
- द स्टेट काउंसिल ऑन डेवेलपमेंटल डिसेबिलिटीज (SCDD) अपना स्थानीय SCDD कार्यालय ढूँढने के लिए, इस वेबसाइट के सबसे ऊपर “Regional Offices” चुनें: www.scdd.ca.gov, और फिर अपना क्षेत्र चुनें। आप उनसे (833) 818-9886 पर भी संपर्क कर सकते हैं।
- डिसेबिलिटी राइट्स कैलिफोर्निया (DRC) को:
 - 1-800-776-5746, TTY के लिए 1-800-719-5798, या [DRC का ऑनलाइन इनटेक फॉर्म भरें।](#)
 - DRC सोमवार, मंगलवार, गुरुवार और शुक्रवार को सुबह 9:00 बजे से दोपहर बाद 3:00 बजे तक उपलब्ध होता है।
- आप फैमिली रिसोर्स सेंटर से भी सहायता प्राप्त कर सकते हैं: <https://frcnca.org/get-connected/>
- आपका रीजनल सेंटर, स्थानीय माता-पिता सहयोग समूह या समुदाय-आधारित संगठन ढूँढने में आपकी सहायता कर सकता है, जो आपकी सहायता कर सकते हैं।

“अपील्स सूचना पैकेट” QR कोड का प्रयोग करके या लिंक से मिल जाता है। वे अपील प्रक्रिया के बारे में अतिरिक्त जानकारी प्रदान करते हैं।



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट

*यह अपील किस रीजनल सेंटर के बारे में है?

* आवश्यक फील्ड्स

रीजनल सेंटर सेवाएं प्राप्त करने या इनकी मांग करने वाले व्यक्ति के बारे में जानकारी:

*पहला नाम:	*उप नाम:	*जन्म तिथि:	विशिष्ट ग्राहक पहचानकर्ता (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*स्ट्रीट पता:			अपार्टमेंट नंबर:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*शहर:			*पिन:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
प्राथमिक फोन नंबर:	पराथमिक फोन नंबर का प्रकार:	क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> कार्यालय	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)	
द्वितीयक फोन नंबर:	द्वितीयक फोन नंबर का प्रकार:	क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> निवास <input type="checkbox"/> कार्यालय	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)	
ईमेल पता:	<input type="text"/>		

*आप कैसे चाहेंगे कि हम आपसे संपर्क करें?

फोन कॉल

ई-मेल

टेक्सट संदेश

*आप कौन-सी भाषा को प्राथमिकता देते हैं?

*क्या आपको दुभाषिया चाहिए? हाँ नहीं

यदि आप किसी और के लिए अपील का अनुरोध कर रहे हैं, तो यहां अपनी जानकारी प्रदान करें:

पहला नाम: उप नाम:

उस व्यक्ति से संबंध, जिसके लिए अपील है:

अवयस्क बच्चे के माता-पिता

संरक्षक

अभिभावक

पारिवारिक सदस्य

कानूनी अधिवक्ता

अन्य:

अधिकृत प्रतिनिधि

अटॉर्नी

स्ट्रीट पता:

अपार्टमेंट नंबर:

शहर:

जिप कोड:

प्राथमिक फोन नंबर:

प्राथमिक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

द्वितीयक फोन नंबर:

द्वितीयक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

ईमेल पता:

आप कैसे चाहेंगे कि हम आपसे संपर्क करें? फोन कॉल

ई-मेल

टेक्सट संदेश

*आप कौन-सी भाषा को प्राथमिकता देते हैं?

*क्या आपको दुभाषिया चाहिए? हाँ नहीं

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट

आप अपील का अनुरोध क्यों कर रहे हैं?

***क्या आपको रीजनल सेंटर से दस्तावेज मिला है, जिस पर आप अपील करना चाहेंगे?**

- कार्रवाई सूचना (NOA) सद्भावना विश्वास पत्र (GFBL) कोई नहीं

क्या आपको NOA मिली है, यह आपको किस तारीख को मिली है?

***रीजनल सेंटर द्वारा की जा रही प्रस्तावित कार्रवाई:**

(उन सभी पर सही का निशान लगाएं, जो लागू हों)

<input type="checkbox"/> पात्रता अस्वीकृति:	आपको रीजनल सेंटर द्वारा सूचित किया गया था कि आप लैंटरमैन एक्ट के अंतर्गत रीजनल सेंटर की सेवाओं के लिए पात्र नहीं हैं। (यह अर्ली स्टार्ट पात्रता के लिए नहीं है)।
<input type="checkbox"/> पात्रता समाप्ति:	इस समय आप रीजनल सेंटर की सेवाएं प्राप्त कर रहे हैं, और आपको सूचित किया गया था कि अब आप पात्र नहीं हैं। ऐसा इसलिए हो सकता है क्योंकि आपका मूल्यांकन दुबारा हुआ था और आपको रीजनल सेंटर की सेवाओं के लिए अपात्र होना निर्धारित किया गया था।
<input type="checkbox"/> सेवा अस्वीकृति:	आपने नई सेवा के लिए अनुरोध किया था, और आपके रीजनल सेंटर द्वारा अनुरोध अस्वीकार कर दिया गया था।
<input type="checkbox"/> सेवा में कटौती:	आपको रीजनल सेंटर द्वारा सूचित किया गया था कि आपको मौजूदा सेवा कम प्राप्त होगी।
<input type="checkbox"/> सेवा समाप्ति:	आपको रीजनल सेंटर द्वारा सूचित किया गया था कि आप अब अपनी मौजूदा सेवाओं में से एक या अधिक को प्राप्त नहीं करेंगे।

रीजनल सेंटर की कार्रवाई की प्रस्तावित प्रभावी तिथि क्या है?

***इस अपील का (के) कारण:**

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 4514 और 5328, हेल्थ इंडियोरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट

आप अपनी अपील का समाधान पाने के लिए कैसे प्रयास करना चाहेंगे?

अपील प्रक्रिया के तीन भाग होते हैं। आप इन भागों में से एक या अधिक का प्रयोग कर सकते हैं। यदि आपको एक भाग का प्रयोग करते हुए अपनी असहमति का समाधान नहीं मिलता है, तो आप बाद में अन्य भागों का प्रयोग करने का निर्णय ले सकते हैं।

***नीचे उन भागों को चुनें, जिन्हें आप उपयोग करना चाहते हैं:**

ध्यान दें: यदि आप नीचे दिया गया वीडियो चुनते हैं, तो आपको ईमेल पता देना होगा।

<input type="checkbox"/> अनौपचारिक बैठक	आप रीजनल सेंटर निदेशक या उनके चुने हुए किसी अन्य व्यक्ति से मिलते हैं। आप और रीजनल सेंटर, आपकी अपील का समाधान करने का प्रयास करेंगे। मैं अपनी अनौपचारिक बैठक इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा
<input type="checkbox"/> मध्यस्थता	आप और रीजनल सेंटर मध्यस्थ से मिलते हैं। मध्यस्थ रीजनल सेंटर या DDS के लिए काम नहीं करता है। मध्यस्थ आपकी अपील के बारे में आपकी और रीजनल सेंटर की सहमति में मदद करता है। मैं अपनी मध्यस्थता इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा
<input type="checkbox"/> सुनवाई	आपकी सुनवाई हियरिंग ऑफिसर के साथ होती है। हियरिंग ऑफिसर रीजनल सेंटर या DDS के लिए काम नहीं करता है। हियरिंग ऑफिसर आपसे और रीजनल सेंटर से जानकारी सुनता है और आपके तथ्यों को प्रकट करने में आपकी मदद करता है। उसके बाद हियरिंग ऑफिसर आपकी अपील में मौजूद विषयों पर निर्णय लेता है। मैं अपनी सुनवाई इस तरह चाहता हूँ: <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत रूप से; <input type="checkbox"/> वीडियो द्वारा; और/या <input type="checkbox"/> टेलिफोन द्वारा

तिथियां/समय उपलब्ध नहीं हैं:

कृपया ऐसी तिथियां और समय लिखें, जिन पर अगले 90 दिनों के अंदर आप उपलब्ध नहीं हैं ताकि आपकी अनौपचारिक बैठक, मध्यस्थता या सुनवाई उन तिथियों या समय पर निर्धारित न की जाएं:

हस्ताक्षर खंड:

यह फॉर्म प्रस्तुत करने वाले व्यक्ति को नीचे दिए खाली स्थान में हस्ताक्षर करके तिथि लिखनी होगी। आप इस फॉर्म पर स्याही से या इलेक्ट्रॉनिक तौर पर हस्ताक्षर कर सकते हैं। अपना नाम टाइप करके, आप सहमति देते हैं कि आपने इस फॉर्म पर इलेक्ट्रॉनिक तौर पर हस्ताक्षर किए हैं।

*हस्ताक्षर:

*मुद्रित नाम:

*हस्ताक्षर की तिथि:

*यदि आप किसी को अपनी अपील में आपका प्रतिनिधित्व करने के लिए अधिकृत करना चाहते हैं, या यदि आप किसी दूसरे वयस्क की तरफ से इस अपील का अनुरोध कर रहे हैं, तो कृपया संलग्न प्रतिनिधि अनुमति फॉर्म को भरें।

अपील प्रक्रिया के दौरान आपके अधिकार आपके NOA या GFBL को प्रदान किए गए थे, और इन्हें यहां पाया जा सकता है:

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

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 4514 और 5328, हेल्थ इंडियोरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट

यह फॉर्म किस लिए है?

इस फॉर्म का उपयोग आपके (वह व्यक्ति, जो रीजनल सेंटर की सेवाएं पाने का प्रयास कर रहा है या प्राप्त कर रहा है) बारे में निजी जानकारी साझा करने की अनुमति देने के लिए किया जाता है। इसका उपयोग किसी को उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत या सेवा अपील में आपका प्रतिनिधित्व करने की अनुमति देने के लिए भी किया जाता है। यह अधिकृत प्रतिनिधि से अलग है, जिसे स्टेट काउंसिल ऑफ डेवेलपमेंटल डिसेबिलिटीज (SCDD) या न्यायालय द्वारा नियुक्त किया गया है।

अवयस्क बच्चे के माता-पिता, संरक्षक, या रीजनल सेंटर सेवाएं पाने का प्रयास करने या प्राप्त करने वाले व्यक्तियों के कानूनी अभिभावक को स्वयं के लिए अनुमति देने हेतु इस फॉर्म को भरने की आवश्यकता नहीं है। उनके पास पहले से ही कानूनी अनुमति है। यद्यपि, वे उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत या सेवा अपील में आपका प्रतिनिधित्व करने के लिए किसी और को अनुमति देने के लिए इस फॉर्म का उपयोग कर सकते हैं। रीजनल सेंटर सेवाएं पाने का प्रयास करने या प्राप्त करने वाले व्यक्ति के साथ संबंध का साक्ष्य बाद में देने की आवश्यकता हो सकती है।

उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायतों या सेवा अपीलों के विभिन्न प्रकार हैं:

- अर्ली स्टार्ट संबंधी शिकायत – जब आप किसी सेवा या पात्रता संबंधी निर्णय से असहमत हों या आपको लगता है कि जन्म से लेकर तीन वर्ष की उम्र तक बच्चे के अधिकारों का उल्लंघन किया गया है।
- लैटरमैन सेवा संबंधी अपील – जब आप लैटरमैन सेवा या रीजनल सेंटर द्वारा प्रस्तावित पात्रता संबंधी निर्णय से असहमत हों।
- 4731 (उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत) – जब आपको लगता है कि रीजनल सेंटर या सेवा प्रदाता ने आपके अधिकारों का उल्लंघन किया है। ये शिकायतें सेवाओं या पात्रता के बारे में नहीं हैं।

कहां से सहायता पाएं

- आपका सेवा समन्वयक या अन्य रीजनल सेंटर स्टाफ, यदि आप उनसे कहते हैं।
- अपने ग्राहक अधिकार अधिवक्ता (CRA) से निम्नलिखित नंबर पर:
 - उत्तरी कैलिफोर्निया के लिए (800) 390-7032, या
 - दक्षिणी कैलिफोर्निया के लिए (866) 833-6712, या
 - यहां अपने रीजनल सेंटर में ग्राहकों के अधिकार संबंधी एडवोकेट पाएं।
- ओम्बड्सपर्सन कार्यालयों से (877) 658-9731 या ombudsperson@dds.ca.gov पर या यहां अधिक जानकारी ऑनलाइन प्राप्त करें।
 - यदि आप स्व-निर्धारण कार्यक्रम में हैं तो कृपया sdp.ombudsperson@dds.ca.gov पर ईमेल करें या अधिक जानकारी यहां ऑनलाइन पाएं।
- स्टेट काउंसिल ऑफ डेवेलपमेंटल डिसेबिलिटीज (SCDD) अपना स्थानीय SCDD कार्यालय ढूंढने के लिए, इस वेबसाइट के शीर्ष पर “Regional Offices” चुनें: www.scdd.ca.gov, और फिर अपना क्षेत्र चुनें। आप SCDD से (833) 818-9886 पर भी संपर्क कर सकते हैं।
- डिसेबिलिटी राइट्स कैलिफोर्निया (DRC):
 - 1-800-776-5746
 - TTY कॉल के लिए 1-800-719-5798
 - आप DRC का ऑनलाइन इनटेक फॉर्म भी भर सकते हैं।
- आप फैमिली रिसोर्स सेंटर से भी सहायता प्राप्त कर सकते हैं: <https://frnca.org/get-connected/>
- आपका रीजनल सेंटर, स्थानीय माता-पिता सहयोग समूह या समुदाय-आधारित संगठन ढूंढने में आपकी सहायता कर सकता है, जो आपकी सहायता कर सकते हैं।

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इंश्योरेंस पोर्टेबिलिटी
एंड
अकाउंटेबिलिटी एक्ट

केस नंबर: _____

(केवल आंतरिक प्रयोग)

* आवश्यक फील्ड्स

रीजनल सेंटर सेवाएं प्राप्त करने या इनकी मांग करने वाले व्यक्ति के बारे में जानकारी:

*नाम: _____ *उप नाम: _____ *जन्म तिथि: _____ विशिष्ट ग्राहक पहचानकर्ता (UCI) _____

*रीजनल सेंटर:

आप किसके लिए प्रतिनिधित्व चाहते हैं? (आप एक से अधिक विकल्प चुन सकते हैं)

उपभोक्ता अधिकार संबंधी शिकायत (4731) लैटरमैन सेवा या पात्रता अपील
 अर्ली स्टार्ट संबंधी शिकायत अन्य: _____

प्रतिनिधि की जानकारी:

*नाम: _____ *उप नाम: _____

*रीजनल सेंटर की सेवाएं प्राप्त करने वाले या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति के साथ संबंध:

वयस्क बच्चे के माता-पिता कानूनी अधिवक्ता अन्य: _____
 पारिवारिक सदस्य अटॉर्नी
 दोस्त अभिभावक

*स्ट्रीट पता:

*अपार्टमेंट नंबर:

*शहर:

*जिप कोड:

*प्राथमिक फोन नंबर:

प्राथमिक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

द्वितीयक फोन नंबर:

द्वितीयक फोन नंबर का प्रकार:

सेल निवास कार्यालय

क्या आपके लिए टेक्सट संदेश ठीक हैं?

हाँ नहीं

(डेटा शुल्क लागू हो सकते हैं)

ईमेल पता:

हस्ताक्षर खंड:

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं उपर्युक्त प्रतिनिधि को जानकारी प्राप्त करने और/अथवा सेवाएं प्राप्त करने या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति का प्रतिनिधित्व करने की लिखित अनुमति दे रहा/रही हूँ।

*हस्ताक्षर:

*मुद्रित नाम:

*हस्ताक्षर की तिथि:

यदि आप यह फॉर्म किसी और की तरफ से भर रहे हैं, तो रीजनल सेंटर की सेवाएं प्राप्त करने या पाने का प्रयास करने वाले व्यक्ति के साथ आपका क्या संबंध है:

- अवयस्क बच्चे के माता-पिता
- संरक्षक
- कानूनी अभिभावक
- अधिकृत प्रतिनिधि (*किसी गर्वनिंग बॉडी द्वारा नियुक्त, जैसे SCDD या न्यायालय)

गोपनीय ग्राहक जानकारी, कैलिफोर्निया वेलफेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन्स 4514 और 5328, हेल्थ इश्योरेंस पोर्टेबिलिटी एंड अकाउंटेबिलिटी एक्ट