

このフォームは、ランターマン法の資格やサービスに関する異議申し立てに使用します。このフォームは、Early Startまたはペンダー関連の異議申し立てには使用できません。

異議申し立ての方法：

- 異議申し立ての最も早い方法は、発達障害サービス局 (DDS) のウェブサイト (<https://bit.ly/DDSAppealForm>) で電子的に行うことです

その他の異議申し立ての方法：

- 添付のフォームをEメールにて AppealRequest@dds.ca.gov まで送信する
- 添付のフォームを「1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814」まで郵送する
- 添付のフォームをFAX (916-654-3641) にて送信する

異議申し立ての期限：

異議申し立ては期限内に行う必要があります。すべての異議申し立ては、通知書 (Notice of Action : NOA) または誠意書 (Good Faith Belief Letter : GFBL) を受け取ってから 60 日以内に、DDS により受領される必要があります (消印有効)。期限には 2 つのパターンがあります。

- 異議申し立て中に現行のサービスを継続して受けたい場合：
 - 異議申し立ては、NOA または GFBL を受け取ってから 30 日以内、かつ措置が施行される前に、DDS により受領される必要があります (消印有効)。
 - 異議申し立て中に現行のサービスを維持することを支援支給保留といいます。
- もう一つは、異議申し立てが NOA または GFBL を受け取ってから 31 日から 60 日以内の消印または DDS に届いた場合の期限です。31~60 日以内に提出された異議申し立ては処理されますが、支援支給保留は認められません。

異議申し立てに関する相談先：

- サービスコーディネーターや他の地域センターの職員に尋ねる
- クライアントの権利アドボケート (Client's Rights Advocate : CRA) :
 - (800) 390-7032 (北カリフォルニア)、(866) 833-6712 (南カリフォルニア)
 - [地域センター毎のクライアントの権利アドボケートについては、こちらをご覧ください。](#)
- 苦情調査官事務局 (The Ombudsperson Office) 電話 : (877) 658-9731 または ombudsperson@dds.ca.gov、または [オンライン](#)。
 - 自己決定プログラムに参加されている方は、sdp.ombudsperson@dds.ca.gov までメールでご連絡ください。 [オンライン](#) でも受け付けております。
- 発達障害に関する州カOUNシル (State Council on Developmental Disabilities : SCDD) 地域の SCDD 事務所を検索するには、こちらのウェブページ (www.scdd.ca.gov) の上部にある「Regional Offices」(地域事務局) を選び、お住まいの地域を選択してください。電話 ((833) 818-9886) で問い合わせることもできます。
- カリフォルニア州障害者権利 (Disability Rights California : DRC) :
 - 1-800-776-5746、1-800-719-5798 (TTY)、または [DRC のオンライン入力フォーム](#) にご記入ください。
 - 営業時間 : 月曜、火曜、木曜、金曜の 9:00AM~3:00PM
- ファミリーリソースセンター (<https://frnca.org/get-connected/>) に支援を依頼することも可能です。
- 地域センターでは、可能な限り、地域の保護者支援グループやコミュニティベースの組織をお探しします。

「異議申し立て情報パケット」には、QRコードまたはリンクからアクセスできます。異議申し立ての手続きに関する詳細が記載されています。



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律

*異議申し立ての対象となる地域センターを教えてください。

地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方に関する情報：

*名： *氏： *生年月日： 一意のクライアント識別子 (UCI)

*ストリート： 部屋番号：

*市： *ZIP：

電話番号1： 電話番号1の種別： テキストメッセージは使えますか？
 携帯 自宅 勤務先 はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

電話番号2： 電話番号2の種別： テキストメッセージは使えますか？
 携帯 自宅 勤務先 はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

Eメールアドレス：

*ご希望の連絡方法 電話 Eメール テキストメッセージ

*ご希望の言語 通訳は必要ですか？ はい いいえ

他の人のために異議申し立てを行う場合は、ここにあなたの情報を入力してください。

名： 氏：

対象者との関係

未成年者の親 保佐人 保護者
 親族 法律顧問 その他：
 正式な代理人 弁護士

ストリート： 部屋番号：

市： ZIPコード：

電話番号1： 電話番号1の種別： テキストメッセージは使えますか？
 携帯 自宅 勤務先 はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

電話番号2： 電話番号2の種別： テキストメッセージは使えますか？
 携帯 自宅 勤務先 はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

Eメールアドレス：

ご希望の連絡方法 電話 Eメール テキストメッセージ

*ご希望の言語 通訳は必要ですか？ はい いいえ

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律

異議申し立てを要請する理由

*異議申し立ての対象となる地域センターから書類を受け取りましたか？

通知書 (Notice of Action : NOA) 誠意書 (Good Faith Belief Letter : GFBL) どちらも受け取っていない

NOAを受け取った場合、それはいつですか？

*地域センターによって取られる措置（案）：

(該当するものすべてにチェック)

<input type="checkbox"/> 資格の付与のお断り：	ランターマン法に基づく地域センターのサービスを受ける資格がないと地域センターから通知された (Early Startは除外)。
<input type="checkbox"/> 資格の取り消し：	現在、地域センターのサービスを受けているが、資格取り消しの通知を受けた。再評価の結果、地域センターのサービスを受ける資格がないと判断された場合など。
<input type="checkbox"/> サービス提供のお断り：	新規サービスを要請したが、地域センターから断られた。
<input type="checkbox"/> サービス内容の縮小：	地域センターから、現行サービスが縮小されると通知された。
<input type="checkbox"/> サービスの終了：	地域センターから、現行サービスが受けられなくなることを通知された。

措置案の発効日（案）はいつですか？

*異議申し立ての理由：

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律

ご希望の異議申し立て解決方法

異議申し立て手続きには、3つの形式があります。複数の形式を利用することもできます。1つの形式を利用して意見の不一致が解決されない場合、他の形式を利用することもできます。

***以下、利用したい形式を選択してください。**

注：ビデオを選択した場合は、Eメールアドレスの入力が必要です。

<input type="checkbox"/> 非公式な面談	地域センター事務局長または事務局が指定した担当者と面談を行います。あなたと地域センターは、異議申し立ての解決に努めます。 希望する非公式な面談の方法： <input type="checkbox"/> 対面、 <input type="checkbox"/> ビデオ、 <input type="checkbox"/> 電話
<input type="checkbox"/> 調停	あなたと地域センターが調停委員を交えて面談します。調停委員は、地域センターまたはDDSで勤務する職員ではありません。調停委員は、あなたと地域センターが、異議申し立てを解決するのを助けます。 希望する調停の方法： <input type="checkbox"/> 対面、 <input type="checkbox"/> ビデオ、 <input type="checkbox"/> 電話
<input type="checkbox"/> 審議	審議は、審議官を交えて行われます。審議官は、地域センターまたはDDSで勤務する職員ではありません。審議官は、あなたと地域センターからの情報に耳を傾け、あなたの事情を聞き出します。審議官は、あなたの異議申し立てを要請で扱われている問題について決定を下します。 希望する審議の方法： <input type="checkbox"/> 対面、 <input type="checkbox"/> ビデオ、 <input type="checkbox"/> 電話

不都合な日時：

90日以内で都合がつかない日時を記入し、その日時に非公式な面談、調停、審議が予定されないようにすることができます。

署名欄：

このフォームを提出する方は、以下の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

***署名：**

***記名：**

***署名日：**

***異議申し立てにおいて代理人を立てる場合、または他の成人者の代理として異議申し立てを要請する場合は、添付の代理人委任フォームにご記入ください。**

異議申し立て手続きにおけるあなたの権利は、NOAまたはGFBLとともに提供され、こちら

(<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>) からもご覧いただけます。

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律

本フォームの目的

本フォームは、地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方に関する個人情報の共有を許可するために使用されます。また、消費者の権利に関する苦情や異議申し立てにおいて、誰かに代理を務める許可を与えるためにも使用できます。これは、州発達障害者協議会 (State Council of Developmental Disabilities : SCDD) や裁判所によって任命される代理人とは異なります。

地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている未成年の子供の親、保佐人、法定後見人は、許可を得るためにこのフォームに記入する必要はありません。その場合、すでに法律上の許可を得ているとみなされます。ただし、本フォームを使用して、消費者の権利に関する苦情やサービスの異議申し立てにおいて、他者に代理を務める許可を与えることは可能です。地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方との関係を証明する書類を後に求められる場合があります。

消費者の権利に関する苦情やサービスへの異議申し立ての種類：

- Early Startに関する苦情 - サービスや資格に関する決定に同意できない場合、または出生から3歳までのお子様の権利が侵害されたと思われる場合。
- ランターマンサービスに関する異議申し立て - 地域センターが提案するランターマンサービスまたは資格に関する決定に同意できない場合。
- 4731 (消費者の権利に関する苦情) - 地域センターまたはサービス提供者によって権利が侵害されたと思われる場合。サービスや資格に関するもの以外の苦情に適用されます。

お問い合わせ先

- サービスコーディネーターや他の地域センターの職員に尋ねる。
- クライアントの権利アドボケイト (Client's Rights Advocate : CRA) :
 - (800) 390-7032 (北カリフォルニア)
 - (866) 833-6712 (南カリフォルニア)
 - [地域センター毎のクライアントの権利アドボケイトについては、こちらをご覧ください。](#)
- 苦情調査官事務局 (The Ombudsperson Office) 電話 : (877) 658-9731 または ombudsperson@dds.ca.gov までご連絡ください。または[こちらからオンライン](#)で詳細をご覧ください。
 - 自己決定プログラムに参加されている方は、sdp.ombudsperson@dds.ca.gov までメールでご連絡ください。または[こちらからオンライン](#)で詳細をご覧ください。
- 発達障害に関する州カOUNシル (State Council on Developmental Disabilities : SCDD) 地域の SCDD 事務所を検索するには、こちらのウェブページ (www.scdd.ca.gov) の上部にある「Regional Offices」(地域事務局) を選び、お住まいの地域を選択してください。電話 (833) 818-9886 で SCDD に問い合わせることもできます。
- カリフォルニア州障害者権利 (Disability Rights California : DRC) :
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 (TTY)
 - また、[DRC のオンライン受付フォーム](#)にご記入いただくこともできます。
- ファミリーリソースセンター (<https://fronca.org/get-connected/>) に支援を依頼することも可能です。
- 地域センターでは、可能な限り、地域の保護者支援グループやコミュニティベースの組織をお探しします。

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律

ケース番号： _____

(内部使用のみ)

***必須項目**

地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方に関する情報：

***名：** _____ ***氏：** _____ ***生年月日：** _____ **一意のクライアント識別子 (UCI)**

***地域センター：**

代理人の目的は何ですか？（複数選択可）

消費者の権利に関する苦情 (4731) ランタマンサービスまたは資格に関する異議申し立て
 Early Startに関する苦情 その他 _____

代理人の情報

***名：** _____ ***氏：** _____

***地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方との関係：**

成人した子供の親 法律顧問 その他： _____
 親族 弁護士
 友人 保護者

***ストリート：**

***部屋番号：**

***市：**

***ZIPコード：**

***電話番号1：**

電話番号1の種別：

携帯 自宅 勤務先

テキストメッセージは使えますか？

はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

電話番号2：

電話番号2の種別：

携帯 自宅 勤務先

テキストメッセージは使えますか？

はい いいえ
(データ通信料がかかる場合があります)

Eメールアドレス：

署名欄：

本フォームに署名することにより、上記の者に対し、上記で特定されたサービスを受けている、または受けようとしている方の代理人として、情報を受け取ったり、代理を務めたりすることを書面で許可します。

***署名：**

***記名：**

***署名日：**

代理で記入される場合は、地域センターのサービスを受けている、または受けようとしている方との関係をご記入ください。

未成年の子供の親
 保佐人
 法定後見人
 委任代理人 (※SCDDや裁判所などの管理機関により選任された代理人)

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律