

랜터만 법(Lanterman Act)이의 제기 양식

DS 1821 (개정2023년 9월)

이 양식은 랜터만 법 적용 자격 및 서비스와 관련한 이의 제기에 사용됩니다. 이 양식은 Early Start 또는 서비스 제공자의 이의 제기에는 사용되지 않습니다.

이의 제기 방법:

- 이의 제기를 제출하는 가장 빠른 방법은 발달장애서비스부(DDS)의 전자 웹사이트를 이용하는 것입니다. <https://bit.ly/DDSAppealForm>

기타 이의 제기 방법:

- 첨부된 양식을 이메일(AppealRequest@dds.ca.gov)로 보낼 수 있습니다.
- 첨부된 양식은 우편(1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814)으로 보낼 수 있습니다.
- 첨부된 양식을 팩스(916-654-3641)로 보낼 수 있습니다.

이의 제기 진행 일정:

마감 기한 전에 이의 제기 신청서를 제출해야 합니다. 모든 이의 제기 요청 서류는 조치 통지서(NOA) 또는 선의성실 서신(GFBL)을 받은 날로부터 60 일 이내에 해당 날짜의 소인이 찍혀 있거나 발달장애서비스부(DDS)에 접수되어야 합니다. 두 가지 기한이 있습니다.

- 첫 번째 기한은 이의 제기 기간 동안 현재 서비스를 동일하게 유지하려는 경우 적용됩니다.
 - 귀하의 이의 제기 신청 서류는 NOA 또는 GFBL 을 받은 날로부터 30 일 이내에 조치가 이루어지기 전 해당 날짜의 소인이 찍혀 있거나 DDS 에 접수되어야 합니다.
 - 이의 제기 기간 동안 현재 서비스를 유지하는 것을 지원 지급 보류라고 합니다.
- 두 번째 기한은 NOA 또는 GFBL 을 받은 날로부터 31~60 일 이내에 이의 제기 신청 서류에 해당 날짜의 소인이 찍혀 있거나 서류가 DDS 에 접수된 경우 적용됩니다. 31~60 일 이내에 제출된 이의 제기는 처리되지만 보류 중인 지원금은 승인되지 않습니다.

이의 제기와 관련한 도움을 받을 수 있는 곳:

- 서비스 코디네이터 또는 기타 리저널센터 직원.
- 고객의 권리 대변인(CRA):
 - Northern California : (800) 390-7032, Southern California: (866) 833-6712 또는
 - [다음에서 리저널센터의 고객 권리 대변인을 찾아보십시오.](#)
- 옴부즈맨 사무실: (877) 658-9731 또는 ombudsperson@dds.ca.gov, 또는 [온라인](#).
 - 자기 결정 프로그램에 참여하고 있는 경우 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 로 이메일을 보내거나 [온라인](#)으로 접속할 수 있습니다.

- 주 발달장애인 협의회(SCDD) 자신의 지역 SCDD 사무소를 찾으려면 이 웹사이트 www.scdd.ca.gov 상단에서 "Regional Offices(지역 사무소)"를 선택한 다음 해당 지역을 선택하십시오. 또한 (833) 818-9886 으로 문의할 수도 있습니다.
- 캘리포니아주 장애인 권리 협회(DRC: Disability Rights California):
 - 문자 전송 전화기(TTY)의 경우 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 또는 [DRC의 온라인 접수 양식](#)을 작성할 수 있습니다.
 - DRC는 월요일, 화요일, 목요일, 금요일 오전 9시부터 오후 3시까지 이용 가능합니다.
- 가족자원센터(<https://frcnca.org/get-connected/>)에서 도움을 받을 수도 있습니다.
- 도움이 될 만한 지역 학부모 지원 그룹 또는 지역 관련 단체를 찾는 데 리저널센터에서 도움을 드릴 수 있습니다.

"Appeals Information Packet(이의 제기 정보 패킷)"은 QR 코드 또는 링크를 사용하여 찾을 수 있습니다. 여기에서 이의 제기 절차에 대한 추가 정보를 찾을 수 있습니다.	 https://bit.ly/AppealInfoPacket
---	---

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지 및 기관법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.

*어떤 리저널센터에 대한 이의 제기입니까?

* 필수 입력란

리저널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람에 관한 정보:

*이름: *성: *생년월일: 고유 고객 식별 정보(UCI)

*도로 주소: 아파트 번호:

*시/군: *우편번호:

기본 전화번호: 기본 전화번호 유형: 문자 메시지를 받을 수 있습니까?

보조 전화번호: 보조 전화번호 유형: 문자 메시지를 받을 수 있습니까?

이메일 주소:

*어떤 연락 방법을 선호하십니까? ☐ 전화 ☐ 이메일 ☐ 문자 메시지

*어떤 언어를 선호하십니까? *통역이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

다른 사람을 위한 이의 제기를 신청하는 경우 여기에 귀하의 정보를 기재하십시오.

이름: 성:

이의 제기인과 관계:

☐ 미성년자의 부모 ☐ 후견인 ☐ 보호자
☐ 가족 구성원 ☐ 법적 대변인 ☐ 기타
☐ 위임 대리인 ☐ 변호사

도로 주소: 아파트 번호:

시: 우편번호:

기본 전화번호:

기본 전화번호 유형:

☐ 이동전화 ☐ 집 ☐ 직장

문자 메시지를 받을 수 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

(데이터 요금이 부과될 수 있음)

보조 전화번호:

보조 전화번호 유형:

☐ 이동전화 ☐ 집 ☐ 직장

문자 메시지를 받을 수 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

(데이터 요금이 부과될 수 있음)

이메일 주소:

*어떤 연락 방법을 선호하십니까? ☐ 전화

☐ 이메일

☐ 문자 메시지

*어떤 언어를 선호하십니까?

*통역이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지 및 기관법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.

이의 제기를 신청하는 이유는 무엇입니까?

*이의를 제기하려는 리저널센터에서 서류를 받았습니까?

☐ 조치 통지(NOA) ☐ 선의 성실 서신(GFBL) ☐ 둘 다 아님

NOA를 받은 경우, 언제 받으셨습니까?

*리저널센터에서 제안하는 조치는 다음과 같습니다.

(해당되는 모든 옵션에 표시하십시오.)

☐ 자격 거부:	귀하는 랜터만 법(Lanterman Act)에 따른 지역 리저널센터의 서비스를 받을 자격이 없다는 통지를 리저널센터로부터 받았습니다(Early Start 수혜 자격과 무관).
☐ 자격 종료:	귀하는 현재 리저널센터의 서비스를 받고 있으나 더 이상 자격이 없다는 통지를 받았습니다. 이는 귀하가 리저널센터 서비스를 받을 자격이 없는 것으로 재평가되어 결정되었기 때문일 수 있습니다.
☐ 서비스 거부:	귀하가 새로운 서비스를 요청했으나 리저널센터에서 해당 요청을 거부했습니다.
☐ 서비스 축소:	귀하는 현재의 서비스를 축소하여 받게 될 것이라는 통지를 리저널센터로부터 받았습니다.
☐ 서비스 종료:	귀하는 리저널센터로부터 현재 서비스 중 하나 이상을 더 이상 받지 못할 것이라는 통보를 받았습니다.

제안된 리저널센터 조치의 효력 발생일은 언제입니까?

* 이의 제기 사유:

이의 신청을 어떻게 해결하시겠습니까?

이의 제기 절차는 세 부분으로 구성됩니다. 그중 하나 이상의 절차를 사용할 수 있습니다. 한 절차를 사용하여 의견 불일치가 해소되지 않으면 추후 다른 방법을 사용할 수 있습니다.

***아래에서 사용하려는 절차를 선택하십시오.**

주의: 아래에서 화상 옵션을 선택한 경우 이메일 주소를 제공해야 합니다.

☐ 비공식 회의	귀하는 리저널센터 디렉터 또는 리저널센터에서 지명한 사람과 만나게 됩니다. 귀하와 리저널센터는 제기된 이의 신청을 해결하기 위해 조율합니다. 원하는 비공식 회의의 형태: ☐ 대면; ☐ 화상; 및/또는 ☐ 전화
☐ 중재	귀하와 리저널센터는 중재자와 만나게 됩니다. 중재자는 리저널센터나 DDS 소속이 아닙니다. 중재자는 귀하와 리저널센터가 이의 제기된 문제에 대해 합의하는 데 도움을 줍니다. 원하는 중재 형태: ☐ 대면; ☐ 화상; 및/또는 ☐ 전화
☐ 심의회	심의회는 심의회 담당관과 함께 진행됩니다. 심의회 담당관은 리저널센터나 DDS 소속이 아닙니다. 심의회 담당관은 귀하와 리저널센터로부터 정보를 수집해 귀하가 사실을 밝히도록 돕습니다. 또한 심의회 담당관은 이의 제기 대상 문제에 대해 결정을 내립니다. 원하는 심의회 형태: ☐ 대면; ☐ 화상; 및/또는 ☐ 전화

참석 불가능 날짜/시간:

해당 날짜와 시간에 비공식 회의, 중재 또는 심의회 일정이 잡히지 않도록 향후 90일 이내에 참석 불가능 날짜와 시간을 기재해 주십시오.

--

서명란:

이 양식을 제출하는 사람은 아래 공간에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 이 양식은 수기 서명하거나 전자적으로 서명할 수 있습니다. 이름을 입력하면 이 양식에 전자 서명했다는 데 동의하는 것입니다.

*서명:

* 정자체 이름:

*서명일:

*이의 신청에서 귀하를 대표할 사람을 승인하고 싶거나 다른 성인을 대신하여 본 이의 신청을 접수하는 경우 첨부된 대리인 승인 양식을 작성하십시오.

이의 제기 절차 중 귀하의 권리는 NOA 또는 GFBL에서 제공되었으며 다음에서 확인할 수 있습니다.<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지 및 기관법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.

본 양식의 목적

본 양식은 귀하(리저널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람)의 개인정보 공유를 승인하는 데 사용됩니다. 또한 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위해 귀하를 대리할 수 있는 권한을 타인에게 부여하는 데에도 사용할 수 있습니다. 위의 타인은 주 발달장애인 협의회(SCDD)나 법원이 임명하는 공인 대리인이 아닌 다른 사람을 의미합니다.

미성년 자녀의 부모, 후견인 또는 리저널센터 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람의 법적 후견인에게 승인된 권한은 본 양식의 작성과 관련이 없습니다. 이미 법적인 허가를 받았기 때문입니다. 그러나 이들도 본 양식을 사용하여 고객 권리 관련 불만 접수 또는 서비스 이의 제기를 위하여 타인을 대리인으로 승인할 수 있습니다. 이러한 경우 위의 대리인과 리저널센터의 서비스를 요청하거나 받고 있는 사람과의 관계 증명 서류를 추후에 제공해야 할 수도 있습니다.

고객 권리 관련 불만 및 서비스 이의 제기 유형은 다음과 같이 다양합니다.

- 엘리스타트(Early Start) 프로그램 불만 접수 – 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않거나 출생일로부터 만 3세까지의 아동에 대한 권리가 침해되었다고 생각하는 경우.
- 랜터만 서비스(Lanterman Service) 이의 제기 – 리저널센터가 제안한 랜터만 서비스 또는 수혜 자격 결정에 동의하지 않는 경우.
- 4731(고객 권리 불만 사항) – 리저널센터나 서비스 제공자가 귀하의 권리를 침해했다고 생각하는 경우. 이는 서비스나 수혜 자격 외의 사항에 대한 불만 사항입니다.

도움을 받을 수 있는 곳

- 서비스 코디네이터 또는 기타 리저널센터 직원(귀하가 요청하는 경우).
- 고객의 권리 대변인(CRA):
 - 북부 캘리포니아 (800) 390-7032 또는
 - 남부 캘리포니아 (866) 833-6712 또는
 - [다음에서 리저널센터의 고객 권리 대변인을 찾아보십시오.](#)
- 옴부즈맨 사무실: (877) 658-9731 또는 ombudsperson@dds.ca.gov 또는 [온라인](#)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
 - 자기 결정 프로그램에 참여하고 있는 경우 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 로 이메일을 보내거나 [온라인](#)으로 자세한 정보를 확인하십시오.
- 주 발달장애인 협의회(SCDD) 자신의 지역 SCDD 사무소를 찾으려면 이 웹페이지 www.scdd.ca.gov 상단에서 "Regional Offices(지역 사무소)"를 선택한 다음 해당 지역을 선택하십시오. 또한 (833) 818-9886 번을 통해 문의할 수도 있습니다.
- 캘리포니아주 장애인 권리 협회(DRC: Disability Rights California):
 - 1-800-776-5746
 - 문자 전송(TTY) 전화: 1-800-719-5798
 - 또한 [DRC 의 온라인 접수 양식](#)을 이용할 수도 있습니다.
- 가족자원센터(Family Resource Center)<https://frcnca.org/get-connected/>에서 도움을 받을 수도 있습니다.
- 도움을 받을 만한 지역 학부모 지원 그룹 또는 지역 관련 단체를 찾는 데 리저널센터에서 도움을 드릴 수 있습니다.

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.

케이스 번호: _____

(관련 기관 전용란)

*** 필수 입력란**

리저널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람에 관한 정보:

*이름:	*성:	*생년월일:	고유 고객 식별 정보(UCI)

***리저널센터:**

권한 부여가 필요한 대상은 무엇입니까?(하나 이상의 옵션 선택 가능)

☐ 고객 권리 불만 접수(4731)	☐ Lanterman 서비스 또는 수혜 자격 이의 제기
☐ Early Start 불만 접수	☐ 기타

대리인 정보:

*이름:		*성:	
-------------	----------------------	------------	----------------------

***리저널센터 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 관계:**

☐ 성인 자녀의 부모	☐ 법적 대리인	☐ 기타	
☐ 가족 구성원	☐ 변호사		
☐ 친구	☐ 보호자		

***도로 주소:**

***시:**

***주요 전화번호:**

주요 전화번호 유형:

☐ 휴대폰 ☐ 집 ☐ 직장

보조 전화번호:

주요 전화번호 유형:

☐ 휴대폰 ☐ 집 ☐ 직장

이메일 주소:

서명란:

이 양식에 서명함으로써 본인은 위에 명시된 대리인에게 위에 명시된 대로 정보를 수신하거나, 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람을 대리할 수 있는 권한을 서면으로 부여합니다.

***서명:**

*** 정자체 이름:**

***서명일:**

다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 리저널센터의 서비스를 받고 있거나 받으려는 사람과 귀하의 관계는 어떻게 됩니까?

- ☐ 미성년 자녀의 부모
☐ 후견인
☐ 법적 보호자
☐ 위임 대리인(*SCDD 또는 법원과 같은 관리 기관에서 임명)

기밀 고객 정보, 캘리포니아주 복지제도법 조항 4514 및 5328, 건강 보험 이동성 및 책임에 대한 법률.