

ແບບຟອມນີ້ແມ່ນໃຊ້ເພື່ອອຸທອນການມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ການບໍລິການພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ Lanterman. ແບບຟອມນີ້ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ກັບ Early Start ຫຼື ການອຸທອນຂອງຜູ້ຂາຍ.

ວິທີການຍື່ນອຸທອນ:

- ວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນແມ່ນທາງອີເລັກໂທຣນິກຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພະແນກບໍລິການດ້ານພັດທະນາການ (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

ຊ່ອງທາງອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນ:

- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທາງອີເມວໄປຫາ AppealRequest@dds.ca.gov
- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງໄປສະນີໄປຫາ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມທີ່ຕິດຄັດທາງແຝກໄປຫາ 916-654-3641


ການກຳນົດເວລາໃນການອຸທອນ:

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ. ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນທັງໝົດຈະຕ້ອງມີກາລິຳໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 60 ວັນຫຼັງຈາກວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA) ຫຼື ຈົດໝາຍເພື່ອສະແດງຄວາມບໍ່ສຸດ (GFBL). ມີສອງກຳນົດເວລາ.

- ວັນໝົດອາຍຸຄັ້ງທຳອິດແມ່ນສຳລັບຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັກສາການບໍລິການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານໄວ້ຄືເກົ່າໃນລະຫວ່າງການອຸທອນຂອງທ່ານ:
 - ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງຈຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS ບໍ່ເກີນ 30 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ທ່ານເອົາ NOA ຂອງທ່ານ ຫຼື GUBL ແລະ ກ່ອນການປະຕິບັດດັ່ງກ່າວຈະເກີດຂຶ້ນ.
 - ການຮັກສາບໍລິການບັດຈຸບັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການອຸທອນ ເອີ້ນວ່າການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່.
- ການກຳນົດເວລາຄັ້ງທີສອງແມ່ນຖ້າຄຳຮ້ອງຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກຈຳກາໄປສະນີ ຫຼື ໄດ້ຮັບໂດຍ DDS 31 ຫາ 60 ວັນນັບຈາກເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ NOA ຫຼື GFBL ຂອງທ່ານ. ການອຸທອນທີ່ໄດ້ຍື່ນພາຍໃນ 31 ຫາ 60 ວັນຈະຖືກດຳເນີນ, ແຕ່ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ຍັງຄ້າງຢູ່ນັ້ນຈະບໍ່ຖືກອະນຸຍາດ.

ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຢູ່ໃສ:

- ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
- ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສິດທິລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
 - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອແຄລິຟໍເນຍ, (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ແຄລິຟໍເນຍ ຫຼື
 - [ຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
- ຫ້ອງການກວດສອບແຫ່ງລັດ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
 - ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກຳນົດຕົນເອງ, ກະລຸນາສົ່ງອີເມວ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ທ່ານອາດເຂົ້າໄປໃນ [ອອນໄລນ໌](#) ແທນ.
- ສະພາແຫ່ງລັດກ່ຽວກັບຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ (SCDD). ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ SCDD ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ເລືອກເອົາ "ຫ້ອງການພາກພື້ນ" ຢູ່ເທິງສຸດຂອງຫນ້າເວັບນີ້: www.scdd.ca.gov ແລະ ຈາກນັ້ນໃຫ້ເລືອກເອົາພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ທີ່ (833) 818-9886.
- ສິດຜູ້ພິການແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DRC) ທີ່:
 - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 ສຳລັບ TTY, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ແບບຟອມຂອງ [DRC ທາງອອນໄລນ໌.](#)
 - DRC ຫວ່າງ ວັນຈັນ, ອັງຄານ, ພະຫັດ ແລະ ວັນສຸກ ແຕ່ 9:00 ເຊົ້າ – 3:00 ແລງ
- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະໜັບສະໜູນພໍ່-ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງລຸມຊົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

<p>"ຂຸດຂໍ້ມູນການອຸທອນ" ສາມາດພົບເຫັນໂດຍໃຊ້ລະຫັດ QR ຫຼື ລິ້ງເຊີຍຕໍ່. ພວກເຂົາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການອຸທອນ.</p>	 <p>https://bit.ly/AppealInfoPacket</p>
---	--

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

*ການອຸທອນນີ້ກ່ຽວກັບສູນກາງພາກພື້ນໃດ?

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ກຳລັງຊອກຫາການບໍລິການສູນພາກພື້ນ:

*ຊື່:	*ນາມສະກຸນ:	*ວັນເດືອນປີເກີດ:	ລະຫັດລູກຄ້າ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*ເມືອງ:	*ລະຫັດໄປສະນີ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:	ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:	ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ຫ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນດາຕ້າເນັກ)

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:	ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:	ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ຫ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນດາຕ້າເນັກ)

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

*ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ທ່ານແນວໃດ? ທາງໂທລະສັບ ທາງອີເມວ ທາງຂໍ້ຄວາມ

*ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ? *ທ່ານຕ້ອງການນັກແປພາສາບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍການອຸທອນໃຫ້ກັບຄົນອື່ນ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານທີ່ນີ້:

ຊື່:	ນາມສະກຸນ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍການອຸທອນມີໄວ້ສໍາລັບ:

<input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ຮັກສາ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ບົກຄອງ
<input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ສະໜັບສະໜູນທາງກົດໝາຍ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ	<input type="checkbox"/> ທະນາຍຄວາມ	

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ໝາຍເລກອາພາດເມັນ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ເມືອງ:	ລະຫັດໄປສະນີ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:	ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:	ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ຫ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນດາຕ້າເນັກ)

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:	ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:	ຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ຫ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ອາດໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນດາຕ້າເນັກ)

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ທ່ານແນວໃດ? ທາງໂທລະສັບ ທາງອີເມວ ທາງຂໍ້ຄວາມ

*ທ່ານມັກພາສາຫຍັງ?

*ທ່ານຕ້ອງການນັກແປພາສາບໍ? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຂໍອຸທອນ?

*ທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານຈາກສູນພາກພື້ນທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະອຸທອນແລ້ວບໍ?

ແຈ້ງການຂອງການປະຕິບັດ (NOA) ຈົດໝາຍເຊື້ອໂດຍສຸດຈະລິດ (GFBL) ບໍ່ແມ່ນທັງສອງ

ຖ້າເຈົ້າໄດ້ຮັບ NOA, ວັນທີໃດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມັນ?

*ການປະຕິບັດທີ່ສະເໜີໂດຍສູນກາງພາກພື້ນ:

(ໝາຍໃສ່ທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

<input type="checkbox"/>	ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການໂດຍສູນກາງພາກພື້ນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງສູນພາກພື້ນ ປະຕິເສດການມີສິດໄດ້ຮັບ:	ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການໂດຍສູນກາງພາກພື້ນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງສູນພາກພື້ນ ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍ Lanterman. (ນີ້ບໍ່ແມ່ນການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງ Early Start).
<input type="checkbox"/>	ຢຸດເຊົາການມີສິດໄດ້ຮັບ:	ໃນບັດຈຸບັນທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການບໍລິການສູນພາກພື້ນ ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ອັນນີ້ອາດຈະເປັນຍ້ອນວ່າທ່ານໄດ້ຖືກປະເມີນຄືນໃໝ່ ແລະ ຖືກກຳນົດວ່າບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໃນການໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນແລ້ວ.
<input type="checkbox"/>	ປະຕິເສດການບໍລິການ:	ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍການບໍລິການໃໝ່ ແລະ ຄຳຮ້ອງຂໍດັ່ງກ່າວໄດ້ຖືກປະຕິເສດໂດຍສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານ.
<input type="checkbox"/>	ຫຼຸດການບໍລິການ:	ທ່ານໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນຈາກສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການໜ້ອຍລົງ ໃນບັດຈຸບັນ.
<input type="checkbox"/>	ຢຸດເຊົາການບໍລິການ:	ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການໂດຍສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານວ່າທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍການບໍລິການໃນ ບັດຈຸບັນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ.

ວັນທີສະເໜີໃຫ້ມີຜົນສັກສິດຂອງການປະຕິບັດສູນພາກພື້ນແມ່ນວັນທີເທົ່າໃດ?

*ເຫດຜົນສໍາລັບການຂໍອຸທອນ:

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328,
ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ທ່ານຢາກລອງແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານແນວໃດບໍ່?

ຂະບວນການອຸທອນມີສາມພາກ. ທ່ານອາດຈະໃຊ້ໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍພາກເຫຼົ່ານີ້. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ແກ້ໄຂຄວາມຂັດແຍ່ງຂອງທ່ານ ໂດຍນຳໃຊ້ພາກທີໜຶ່ງ, ທ່ານອາດຈະຕັດສິນໃຈທີ່ຈະນຳໃຊ້ພາກອື່ນໆທີ່ຫຼັງ.

***ເລືອກພາກທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະນຳໃຊ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.**

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເລືອກວິທີໂອ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ທີ່ຢູ່ອີເມວ.

<input type="checkbox"/> ກອງປະຊຸມ ແບບບໍ່ເປັນທາງການ	ທ່ານພົບກັບຜູ້ອ່ານວຍການສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ເຂົາເຈົ້າເລືອກ. ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນຈະພະຍາຍາມແກ້ໄຂການອຸທອນຂອງທ່ານ.
ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການກອງປະຊຸມແບບບໍ່ເປັນທາງການໃຫ້ເປັນ:	
<input type="checkbox"/> ແບບເຊິງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ	
<input type="checkbox"/> ການໄກ່ເກ່ຍ	ທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນໄດ້ພົບກັບຜູ້ໄກ່ເກ່ຍ. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກໃຫ້ສູນພາກພື້ນ ຫຼື DDS. ຜູ້ໄກ່ເກ່ຍຊ່ວຍທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນສ້າງຂໍ້ຕົກລົງກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.
ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄກ່ເກ່ຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:	
<input type="checkbox"/> ແບບເຊິງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ	
<input type="checkbox"/> ການໄຕ່ສວນ	ການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານຈະດຳເນີນກັບພະນັກງານໄຕ່ສວນ. ພະນັກງານໄຕ່ສວນບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກກັບສູນພາກພື້ນ ຫຼື DDS. ພະນັກງານໄຕ່ສວນຮັບຟັງຂໍ້ມູນຈາກທ່ານ ແລະ ສູນພາກພື້ນ ແລະ ຊ່ວຍທ່ານເອົາຄວາມຈິງຂອງທ່ານອອກມາ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ, ພະນັກງານໄຕ່ສວນທຳການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບບັນຫາໃນການຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
ຂ້າພະເຈົ້າຢາກໃຫ້ການໄຕ່ສວນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນ:	
<input type="checkbox"/> ແບບເຊິງໜ້າ; <input type="checkbox"/> ໂທເຫັນພາບ ແລະ/ຫຼື <input type="checkbox"/> ທາງໂທລະສັບ	

ວັນທີ/ເວລາ ທີ່ບໍ່ຫວ່າງ:

ກະລຸນາຂຽນວັນທີ ແລະ ເວລາໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານບໍ່ມີເວລາຫວ່າງພາຍໃນ 90 ມື້ຂ້າງໜ້າ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ມີການຈັດປະຊຸມ, ການໄກ່ເກ່ຍ ຫຼື ການໄຕ່ສວນແບບບໍ່ເປັນທາງການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງວັນທີ ແລະ ເວລາເຫຼົ່ານັ້ນ:

ພາກລົງລາຍເຊັນ:

ບຸກຄົນທີ່ອື່ນແບບຟອມນີ້ຈະຕ້ອງລົງນາມ ແລະ ລົງວັນທີໃນຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ທ່ານອາດຈະເຊັນແບບຟອມນີ້ດ້ວຍປາກກາ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ. ໂດຍການພິມຊື່ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມນີ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

***ລາຍເຊັນ:**

***ຊື່ແຈ້ງ:**

***ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:**

***ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການອຸທອນ ຫຼື ຖ້າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍການອຸທອນນີ້ໃນນາມຂອງຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນ ແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າ.**

ສືດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການອຸທອນໄດ້ຖືກສະໜອງໃຫ້ກັບ NOA ຫຼື GFBL ຂອງທ່ານ ແລະ ສາມາດພົບໄດ້ທີ່ນີ້:
<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຝໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ 4514 ແລະ 5328, ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຫຍັງ?

ແບບຟອມນີ້ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ອະນຸຍາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ຜູ້ທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນ).

ມັນຍັງສາມາດອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ອັນນີ້ແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໂດຍສະພາຄົນພິການແຫ່ງການພັດທະນາຂອງລັດ (SCDD) ຫຼື ສານ.

ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ, ຜູ້ດູແລ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ສິດແກ່ຕົນເອງ.

ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍຢູ່ແລ້ວ. ແນວໃດກໍຕາມ, ເຂົາເຈົ້າອາດຈະໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ອື່ນເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ຫຼື ການອຸທອນການບໍລິການ. ຫຼັກຖານຄວາມສຳພັນກັບບຸກຄົນທີ່ກຳລັງຂໍ ຫຼື ຮັບການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນພາຍຫຼັງ.

ປະເພດຂອງການຮ້ອງສິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ການອຸທອນການບໍລິການແມ່ນ:

- **ການຮ້ອງທຸກໄວ** – ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ເຊື່ອວ່າຖືກລະເມີດສິດທິເດັກນ້ອຍຕັ້ງແຕ່ເກີດຈົນກ່ວາອາຍຸສາມປີ.
- **ການອຸທອນການບໍລິການ Lanterman** – ໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການຕັດສິນການມີສິດໄດ້ຮັບທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍສູນກາງພາກພື້ນ.
- **4731 (ການຮ້ອງທຸກສິດຜູ້ບໍລິໂພກ)** – ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກລະເມີດສິດໂດຍສູນພາກພື້ນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ການຮ້ອງທຸກເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບ.

ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ

- ຜູ້ປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼື ພະນັກງານສູນພາກພື້ນຄົນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເຂົາເຈົ້າ.
- ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສິດທິລູກຄ້າຂອງທ່ານ (CRA) ທີ່:
 - (800) 390-7032 ສຳລັບພາກເໜືອຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
 - (866) 833-6712 ສຳລັບພາກໃຕ້ຄາລິຟໍເນຍ ຫຼື
 - [ຊອກຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສິດທິຂອງລູກຄ້າຢູ່ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
- ຫ້ອງການກວດສອບແຫ່ງລັດ (877) 658-9731 ຫຼື ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
 - ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການກຳນົດດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາສົ່ງອີເມວ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ຫຼື ຄົນຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທາງ [ອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່ນີ້.](#)
- ສະພາແຫ່ງລັດກ່ຽວກັບຄວາມພິການດ້ານພັດທະນາການ (SCDD). ເພື່ອຊອກຫາຫ້ອງການ SCDD ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ເລືອກເອົາ "ຫ້ອງການພາກພື້ນ" ຢູ່ເທິງສຸດຂອງໜ້າເວັບນີ້: www.scdd.ca.gov ແລະ ຈາກນັ້ນໃຫ້ເລືອກເອົາພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ SCDD ໄດ້ທີ່ (833) 818-9886.
- ສິດຜູ້ພິການແຫ່ງລັດຄາລິຟໍເນຍ (DRC) ທີ່:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 ສຳລັບການໂທ TTY
 - ທ່ານຍັງສາມາດປະກອບ [ແບບຟອມການຮັບຂອງ DRC ທາງອອນໄລນ໌.](#)
- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກສູນຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວທີ່: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- ສູນພາກພື້ນຂອງທ່ານອາດຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາກຸ່ມສະໜັບສະໜູນພໍ່-ແມ່ໃນທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາລິຟໍເນຍ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328,
ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ

ໝາຍເລກກຳລະນີ: _____

(ໃຊ້ພາຍໃຕ້ນັ້ນ)

* ຊ່ອງທີ່ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ກຳລັງຊອກຫາການບໍລິການສູນພາກພື້ນ:

*ຊື່:	*ນາມສະກຸນ:	*ວັນເດືອນປີເກີດ:	ລະຫັດລະບຸລູກຄ້າ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

***ສູນພາກພື້ນ**

ທ່ານຕ້ອງການຕົວວແທນເພື່ອຫຍັງ? (ທ່ານສາມາດເລືອກໄດ້ຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງທາງເລືອກ)

<input type="checkbox"/> ການຮ້ອງທຸກສິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ (4731)	<input type="checkbox"/> ການບໍລິການ Lanterman ຫຼື ການອຸທອນການມີສິດໄດ້ຮັບ
<input type="checkbox"/> ການຮ້ອງທຸກໄວ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: <input type="text"/>

ຂໍ້ມູນຜູ້ຕາງໜ້າ:

*ຊື່: <input type="text"/>	*ນາມສະກຸນ: <input type="text"/>
-----------------------------------	--

***ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ ຫຼື ຂໍການບໍລິການຈາກສູນພາກພື້ນ:**

<input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ໃຫຍ່ແລ້ວ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ສະໜັບສະໜູນທາງກົດໝາຍ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວ	<input type="checkbox"/> ທະນາຍຄວາມ	
<input type="checkbox"/> ເພື່ອນ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ	

***ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:**

***ໝາຍເລກຫ້ອງ:**

***ເມືອງ:**

***ລະຫັດໄປສະນີ:**

***ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:**

ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ໜຶ່ງ:

ມືຖື ບ້ານ ຫ້ອງການ

ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
(ອາດມີຄຳບໍລິການຂໍ້ມູນ)

ໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:

ປະເພດໝາຍເລກໂທລະສັບທີ່ສອງ:

ມືຖື ບ້ານ ຫ້ອງການ

ສົ່ງຂໍ້ຄວາມໄດ້ບໍ່?

ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
(ອາດມີຄຳບໍລິການຂໍ້ມູນ)

ທີ່ຢູ່ອີເມວ:

ພາກລົງລາຍເຊັນ:

ກ່ອນການລົງລາຍເຊັນໃນແບບຟອມນີ້,
ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ/ຫຼື
ເປັນຕົວແທນຂອງຜູ້ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື ຂໍການບໍລິການ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

***ລາຍເຊັນ:**

***ຊື່ແຈ້ງ:**

***ວັນທີລົງລາຍເຊັນ:**

ຖ້າທ່ານກຳລັງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃນນາມຄົນອື່ນ, ທ່ານມີຄວາມສຳພັນຫຍັງກັບຜູ້ທີ່ກຳລັງໄດ້ຮັບ ຫຼື
ຊອກຫາການບໍລິການຂອງສູນພາກພື້ນ:

- ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ
- ຜູ້ດູແລ
- ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ
- ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (*ແຕ່ງຕັ້ງໂດຍອົງການປົກຄອງເຊັ່ນ SCDD ຫຼື ສານ)

**ຂໍ້ມູນລູກຄ້າທີ່ເປັນຄວາມລັບ, ສະຫວັດດີການຂອງຄາວິດເຢັນ ແລະ ສະຖາບັນ ມາດຕາທີ່ 4514 ແລະ 5328,
ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ**