

Este formulário é utilizado para apresentar recursos relacionados à elegibilidade e aos serviços segundo a Lei Lanterman. Este formulário NÃO é utilizado para recursos com início antecipado ou de distribuidores.

COMO APRESENTAR UM RECURSO:

- A forma mais fácil de apresentar um recurso é eletronicamente, no site do Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

OUTRAS FORMAS DE APRESENTAR UM RECURSO:

- O formulário em anexo pode ser enviado por e-mail a: AppealRequest@dds.ca.gov
- O formulário em anexo pode ser enviado por correio ao endereço: 1215 O Street MS 8- 20, Sacramento, CA 95814
- O formulário em anexo pode ser enviado por fax para: 916 - 654 - 3641

PRAZOS PARA APRESENTAR RECURSOS:

É necessário apresentar a sua solicitação de recurso dentro do prazo. Todas as solicitações de recurso devem ser carimbadas ou recebidas pelo DDS em até 60 dias após a data de recebimento do Aviso de Ação (NOA) ou da Carta de Crença de Boa-fé (GFBL). Existem dois prazos.

- O primeiro prazo é para quando desejar manter os seus serviços atuais sem alteração durante o recurso:
 - A sua solicitação precisa ser carimbada ou recebida pelo DDS em até 30 dias a partir do recebimento do NOA ou da GFBL, e antes que a ação seja realizada.
 - Manter os seus serviços atuais durante um apelo chama-se pagamento de auxílio pendente.
- O segundo prazo, quando a sua solicitação de recurso é carimbada ou recebida pelo DDS, é de 31 a 60 dias a partir do recebimento do NOA ou da GFBL. Um recurso apresentado dentro de 31 a 60 dias será processado, mas o pagamento de auxílio pendente não será concedido.

ONDE OBTER AJUDA COM O SEU RECURSO:

- O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.
- O seu defensor dos direitos dos clientes (CRA), pelos números:
 - (800) 390-7032 na Califórnia do Norte e (866) 833-6712 na Califórnia do Sul, ou
 - [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui.](#)
- Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov, ou [neste site](#).
 - Caso participe do Programa de Autodeterminação, envie um email a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ou faça tudo [virtualmente](#).
- O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione "Regional Offices" ("Escritórios regionais") na parte superior deste site: www.scdd.ca.gov e escolha a sua região. Também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
- Direitos por Deficiência da Califórnia (DRC), pelo número:
 - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 para TTY, ou preencha o [formulário de admissão virtual do DRC](#).
 - O DRC está disponível segunda-feira, terça-feira, quinta-feira e sexta-feira, das 9h às 15h.
- Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- O seu centro regional poderá ajudar a descobrir um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

O "Conjunto de Informação de Recursos" pode ser obtido por meio do código QR ou da ligação abaixo. Esse conjunto contém outras informações sobre o processo de recurso.



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde

*A que Centro Regional se refere este NOA?

*Campos obrigatórios

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE ESTÁ A RECEBER OU À PROCURA DE SERVIÇOS DO CENTRO REGIONAL:

*Nome: *Sobrenome: *Data de nascimento: Identificador exclusivo do cliente (UCI)

*Endereço: N.º do apartamento:

*Cidade: *Código postal:

N.º de telefone primário: Tipo de n.º de telefone primário: Celular Residencial Comercial Aceita receber mensagens de texto? Sim Não
(O consumo de dados pode ser cobrado)

N.º de telefone secundário: Tipo de n.º de telefone primário: Celular Residencial Comercial Aceita receber mensagens de texto? Sim Não
(O consumo de dados pode ser cobrado)

E-mail:

*Como prefere que entremos em contacto? Chamada telefónica E-mail Mensagem de texto

*Que idioma prefere? Inglês Espanhol Português Francês Italiano Alemão Japonês Coreano Chinês Outros Não sabe Não precisa de um intérprete? Sim Não

SE ESTIVER A SOLICITAR UM RECURSO PARA OUTRA PESSOA, INSIRA AS SUAS INFORMAÇÕES AQUI:

Nome: Sobrenome:

Relação com o autor do recurso: Pai/mãe de menor Tutor Guardião Parente Defensor jurídico Outro: Representante autorizado Advogado

Endereço: N.º do apartamento:

Cidade: Código postal:

N.º de telefone primário: Tipo de n.º de telefone primário: Celular Residencial Comercial Aceita receber mensagens de texto? Sim Não
(O consumo de dados pode ser cobrado)

N.º de telefone secundário: Tipo de n.º de telefone primário: Celular Residencial Comercial Aceita receber mensagens de texto? Sim Não
(O consumo de dados pode ser cobrado)

*Como prefere que entremos em contacto? Chamada telefónica E-mail Mensagem de texto

*Que idioma prefere? Inglês Espanhol Português Francês Italiano Alemão Japonês Coreano Chinês Outros Não sabe Não precisa de um intérprete? Sim Não

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde

POR QUE ESTÁ A SOLICITAR UM RECURSO?

*Recebeu do centro regional um documento do qual deseja recorrer?

Aviso de Ação (NOA) Carta de Crença de Boa-fé (GFBL) Nenhum(a)

Se tiver recebido um NOA, qual é a data de recebimento?

*Ação proposta a ser tomada pelo centro regional:

(Marque todas as opções aplicáveis)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elegibilidade negada: | Recebeu uma notificação do centro regional de que não era elegível para os serviços do centro regional nos termos da Lei Lanterman. (Não se refere à elegibilidade para início antecipado.) |
| <input type="checkbox"/> Término da elegibilidade: | Recebe serviços do centro regional atualmente, mas recebeu uma notificação de que não era mais elegível. Isso pode ter ocorrido em decorrência de uma reavaliação e determinação de inelegibilidade para serviços do centro regional. |
| <input type="checkbox"/> Serviço negado: | Solicitou um novo serviço, mas a solicitação foi negada pelo seu centro regional. |
| <input type="checkbox"/> Redução de serviços: | Recebeu uma notificação do seu centro regional de que passará a receber menos de um dos serviços atuais. |
| <input type="checkbox"/> Término de serviços: | Recebeu uma notificação do seu centro regional de que não receberia mais um ou mais dos seus serviços atuais. |

Qual é a data efetiva da ação proposta pelo centro regional?

*Motivo(s) deste Recurso:

COMO PREFERE TENTAR SOLUCIONAR O SEU RECURSO?

O processo de recurso tem três partes. Uma ou mais dessas partes podem ser usadas. Se o desacordo não for solucionado com uma parte, pode usar outras partes mais tarde.

*Escolha as partes que deseja usar abaixo:

Observação: se selecionar a opção de vídeo, será necessário fornecer um endereço de e-mail.

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reunião informal | Uma reunião entre si e o diretor do centro regional ou um de seus funcionários. O centro regional tentará resolver o seu recurso consigo. Desejo que a minha reunião informal seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone |
| <input type="checkbox"/> Mediação | Reunião entre si e o centro regional com um mediador. O Mediador não trabalha para o centro regional nem para o DDS. O mediador pode ajudar a si e ao centro regional a chegarem a um acordo sobre o seu recurso. Desejo que a minha mediação seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone |
| <input type="checkbox"/> Audiência | A sua audiência é com um Funcionário de Audiência. O Funcionário de Audiência não trabalha para o centro regional nem para o DDS. O Funcionário de Audiência coleta informações de si e do centro regional, e ajuda a evidenciar os fatos. Então, o Funcionário de Audiência toma uma decisão relativamente às questões do seu recurso. Desejo que a minha audiência seja: <input type="checkbox"/> Pessoalmente; <input type="checkbox"/> por videochamada; e/ou <input type="checkbox"/> por telefone |

DATAS/HORAS DE INDISPONIBILIDADE:

Indique as datas e horas nas quais não estará disponível nos próximos 90 (noventa) dias, para que a sua reunião informal, reunião com mediação ou audiência não seja agendada nessas datas e horas:

SECÇÃO DE ASSINATURAS:

Este formulário deve ser assinado e datado no espaço abaixo por quem o preencheu. Este formulário pode ser assinado à mão ou eletronicamente. Digitar o seu nome equivale a ter assinado este formulário eletronicamente.

*Assinatura:

*Nome digitado:

*Data de assinatura:

***Se quiser autorizar alguém a ser o seu representante no recurso ou se estiver a solicitar este recurso em nome de outro adulto, preencha o Formulário de Autorização de Representante em anexo.**

Os seus direitos durante o processo de recurso estão listados no seu NOA ou GFBL, e podem ser consultados aqui: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde

PARA QUE SERVE ESTE FORMULÁRIO?

Este formulário é usado para autorizar a partilha das informações pessoais sobre si (a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional). Também pode ser usado para autorizar alguém a representá-lo(a) numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Isto é diferente de um representante autorizado nomeado pelo Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD, na sigla em inglês) ou por um tribunal.

Os pais/mães de um menor de idade, tutores ou responsáveis legais de pessoas que buscam ou recebem serviços de um centro regional não precisam de preencher este formulário para se autorizarem a si próprios. Já têm permissão legal. No entanto, podem usar este formulário para autorizar outra pessoa como seu representante numa queixa de defesa do consumidor ou recurso referente a um serviço. Posteriormente, pode ser necessário fornecer um comprovativo da relação com a pessoa que procura ou recebe serviços de um centro regional.

Os diferentes tipos de queixa de defesa do consumidor e recurso referente a um serviço são:

- Queixa sobre início de vida: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade, ou acredita que os direitos de uma criança de 0 a 3 anos de idade foram violados.
- Recurso referente a um serviço nos termos da Lei Lanterman: quando discorda de uma decisão sobre um serviço ou elegibilidade tomada por um centro regional nos termos da Lei Lanterman.
- 4731 (queixa de defesa do consumidor): quando acredita que os seus direitos foram violados por um centro regional ou prestador de serviços. Estas queixas não tratam dos serviços ou da elegibilidade em si.

COMO OBTER AJUDA

- O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.
- O defensor dos direitos dos seus clientes (CRA), pelos números:
 - (800) 390-7032 para a Califórnia do Norte ou
 - (866) 833-6712 para a Califórnia do Sul ou
 - [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui](#).
- Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou ombudsperson@dds.ca.gov, ou procure mais informações [neste site](#).
 - Caso participe no Programa de Autodeterminação, envie um e-mail a: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov ou procure mais informações [neste site](#).
- O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione "Regional Offices" ("Escritórios regionais") na parte superior deste site: www.scdd.ca.gov e escolha a sua região. O SCDD também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
- Direitos por Deficiência da Califórnia (DRC), pelo número:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 para chamadas de TTY
 - Também pode preencher o [formulário de admissão virtual do DRC](#).
- Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- O seu centro regional poderá ajudar a descobrir um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde

Número do caso: _____

(Apenas para uso interno)

* Campos obrigatórios

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA QUE ESTÁ A RECEBER OU À PROCURA DE SERVIÇOS DO CENTRO REGIONAL:

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| *Nome: | *Sobrenome: | *Data de nascimento: | Identificador exclusivo do cliente (UCI) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

*Centro Regional:

PARA O QUE DESEJA SER REPRESENTADO? (Pode escolher mais de uma opção)

Queixa de defesa do consumidor (4731)
 Recurso referente a um serviço ou elegibilidade nos termos da Lei Lanterman
 Queixa de início de vida Outro:

INFORMAÇÕES DO REPRESENTANTE:

| | | | |
|--------|----------------------|-------------|----------------------|
| *Nome: | <input type="text"/> | *Sobrenome: | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|-------------|----------------------|

*Relacionamento com a pessoa que recebe ou busca serviços de um centro regional:

Pai/mãe de um adulto Defensor jurídico Outro:
 Parente Advogado
 Amigo Guardiã

*Endereço:

*Número do apartamento:

*Cidade:

*Código postal:

*Número de telefone primário:

Tipo de n.º de telefone primário:

Telemóvel Residencial Comercial

Aceita receber mensagens de texto?

Sim Não

(O consumo de dados pode ser cobrado)

N.º de telefone secundário:

Tipo de n.º de telefone secundário:

Telemóvel Residencial Comercial

Aceita receber mensagens de texto?

Sim Não

(O consumo de dados pode ser cobrado)

E-mail:

SECÇÃO DE ASSINATURAS:

Ao assinar este formulário, autorizo por escrito o representante indicado acima a receber informações e/ou a representar a pessoa que recebe ou procura serviços identificada acima.

*Assinatura:

*Nome em letra de imprensa:

*Data de assinatura:

Se estiver a preencher este formulário em nome de outra pessoa, qual é a sua relação com a pessoa que recebe ou procura serviços de um centro regional?

- Pai/mãe de menor
 Tutor
 Responsável legal
 Representante autorizado (*nomeado por um órgão do governo, como o SCDD ou um tribunal)

Informações Confidenciais do Cliente, Código das Instituições e Assistência Social da Califórnia, Secções 4514 e 5328, Lei da Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde