

Данная форма используется для подачи апелляций по поводу соответствия критериям и предоставления услуг по Закону Лантермана. Данная форма не используется для подачи апелляций в отношении программы раннего вмешательства (Early Start) или образовательных учреждений.

КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ:

- Самый быстрый способ подачи апелляции — в электронном виде на веб-сайте Департамента социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии (Department of Developmental Services, DDS) по адресу: <https://bit.ly/DDSAppealForm>

ДРУГИЕ СПОСОБЫ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ:

- Прилагаемую форму можно отправить по электронной почте на адрес AppealRequest@dds.ca.gov
- Прилагаемую форму можно отправить по почте на адрес 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Прилагаемую форму можно отправить по факсу на номер 916-654-3641

СРОКИ ПОДАЧИ АПЕЛЛЯЦИИ:

Вы должны подать запрос на апелляцию вовремя. Все запросы на апелляцию должны быть проштемпелеваны или получены DDS не позднее чем через 60 дней после даты получения вами Уведомления о действии (NOA) или Письма с добросовестным обоснованием решения (GFBL). Установлены два вида сроков.

- Первый возможный срок предусмотрен для случаев, когда вы хотите сохранить текущий объем услуг на период рассмотрения апелляции:
 - Ваш запрос должен быть проштемпелеван или получен DDS не позднее чем через 30 дней после даты получения NOA или GFBL и до того, как будет исполнено решение.
 - Сохранение текущего объема услуг на период рассмотрения апелляции называется продлением помощи в ожидании решения.
- Второй срок предусмотрен для случаев, когда ваш запрос на апелляцию проштемпелеван или получен DDS через 31–60 дней с момента получения вами NOA или GFBL. Поданная через 31–60 дней апелляция будет рассмотрена, однако без продления помощи в ожидании решения.

КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ С ПОДАЧЕЙ АПЕЛЛЯЦИИ:

- Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
- Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
 - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии, (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
 - [Защитника прав клиентов можно найти в своем региональном центре по этой ссылке.](#)
- Управления омбудсмена (Ombudsperson Offices), куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731, по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov или [по Интернету](#).
 - Если вы участвуете в Программе самоопределения (Self-Determination Program), напишите по адресу электронной почты sdp.ombudsperson@dds.ca.gov или обратитесь [по Интернету](#).
- Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») вверху этой веб-страницы: www.scdd.ca.gov, а затем выберите свой регион. Также можно позвонить по номеру (833) 818-9886.
- Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC):
 - позвоните по телефону 1-800-776-5746 (1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа) или заполните [форму онлайн-заявки в DRC](#).
 - DRC работает в понедельник, вторник, четверг и пятницу с 9:00 до 15:00.
- Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.

- В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

Доступ к «Информационному пакету о порядке подачи и рассмотрения апелляций» (Appeals Information Packet) можно получить с помощью QR-кода или по ссылке. В пакете содержится дополнительная информация о процессе обжалования решений.



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)

*К какому региональному центру относится эта апелляция?

* Обязательные поля

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИЛИ ОБРАЩАЕТСЯ С ПРОСЬБОЙ ОБ ИХ ПОЛУЧЕНИИ:

*Имя:	*Фамилия:	*Дата рождения:	Уникальный идентификатор клиента (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Улица и номер дома:			Номер квартиры:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
*Город:			*Почтовый индекс:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Основной номер телефона:	Вид основного номера телефона:		Приемлемы ли текстовые сообщения?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <small>(Может взиматься плата за передачу данных)</small>
Дополнительный номер телефона:	Вид дополнительного номера телефона:		Приемлемы ли текстовые сообщения?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <small>(Может взиматься плата за передачу данных)</small>
Адрес эл. почты: <input type="text"/>			
*Какой способ связи для вас предпочтителен? <input type="checkbox"/> Телефонный звонок <input type="checkbox"/> Электронная почта <input type="checkbox"/> Текстовое сообщение			
*На каком языке вы предпочитаете разговаривать?			
*Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАПРОС НА АПЕЛЛЯЦИЮ ОТ ИМЕНИ ДРУГОГО ЛИЦА, УКАЖИТЕ СВОИ ДАННЫЕ НИЖЕ:

Имя:	<input type="text"/>	Фамилия:	<input type="text"/>
Отношение к лицу, от имени которого подается апелляция:			
<input type="checkbox"/> Родитель несовершеннолетнего ребенка <input type="checkbox"/> Попечитель <input type="checkbox"/> Опекун			
<input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Адвокат <input type="checkbox"/> Иное: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Уполномоченный представитель <input type="checkbox"/> Юрист			
Улица и номер дома:		Номер квартиры:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Город:		Почтовый индекс:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Основной номер телефона:	Вид основного номера телефона:		Приемлемы ли текстовые сообщения?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <small>(Может взиматься плата за передачу данных)</small>
Дополнительный номер телефона:	Вид дополнительного номера телефона:		Приемлемы ли текстовые сообщения?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Рабочий		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <small>(Может взиматься плата за передачу данных)</small>
Адрес эл. почты: <input type="text"/>			

***Какой способ связи для вас предпочтителен?** Телефонный звонок Электронная почта

Текстовое сообщение

***На каком языке вы предпочитаете разговаривать?**

***Нужен ли вам переводчик?** Да Нет

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)

ПОЧЕМУ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАПРОС НА АПЕЛЛЯЦИЮ?

*Получили ли вы от регионального центра документ, который хотите обжаловать?

- Уведомление о действии (NOA) Письмо с добросовестным обоснованием решения (GFBL)
 Ни одно из вышеперечисленного

Если вы получили NOA, укажите дату его получения.

*Региональный центр исполняет предложенное решение:

(Отметьте все подходящие варианты)

<input type="checkbox"/> Отказ в праве на получение услуг:	Региональный центр уведомил вас о том, что вы не соответствуете критериям получения услуг регионального центра по Закону Лантермана. (Это не касается критериев участия в программе раннего вмешательства).
<input type="checkbox"/> Прекращение права на получение услуг:	Вы в настоящее время получаете услуги регионального центра и получили уведомление о прекращении права на их получение. Это могло произойти в результате повторной оценки, по итогам которой было принято решение о несоответствии критериям получения услуг регионального центра.
<input type="checkbox"/> Отказ в предоставлении услуг:	Вы подали запрос о предоставлении новых услуг, и такой запрос был отклонен вашим региональным центром.
<input type="checkbox"/> Сокращение объема услуг:	Ваш региональный центр уведомил вас о том, что вы будете получать текущие услуги в меньшем объеме.
<input type="checkbox"/> Прекращение предоставления услуг:	Ваш региональный центр уведомил вас о том, что вы больше не будете получать какие-либо из текущих услуг.

Укажите дату вступления в силу предложенного решения регионального центра.

*Причина(-ы) для этой апелляции:

КАК БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ПОПЫТАТЬСЯ УРЕГУЛИРОВАТЬ СВОЮ ПРОБЛЕМУ?

Процесс рассмотрения апелляции состоит из трех этапов. Вы можете пройти один или несколько таких этапов. Если вы не разрешите разногласие в ходе одного этапа, у вас есть возможность пройти другие этапы позже.

*Выберите этапы, которые вы хотите пройти:

Примечание: если вы выберете формат видеосвязи, обязательно укажите свой адрес электронной почты.

<input type="checkbox"/> Неофициальная встреча	<p>Вы встретитесь с директором регионального центра или назначенным им лицом. Совместно с региональным центром вы постараетесь урегулировать вашу проблему.</p> <p>Я хочу провести неофициальную встречу: <input type="checkbox"/> в личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону</p>
<input type="checkbox"/> Медиация	<p>Вместе с представителем регионального центра вы встретитесь с медиатором. Медиатор не работает в региональном центре или Департаменте социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии. Медиатор помогает вам и региональному центру достичь договоренности по поводу вашей апелляции.</p> <p>Я хочу провести процедуру медиации: <input type="checkbox"/> в личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону</p>
<input type="checkbox"/> Слушание	<p>Слушание проводит должностное лицо, слушающее дело. Должностное лицо, слушающее дело, не работает в региональном центре или Департаменте социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии. Должностное лицо, слушающее дело, выслушивает вас и представителя регионального центра и помогает вам изложить свою позицию. Затем должностное лицо, слушающее дело, выносит решение по проблемам, описанным в вашем запросе на апелляцию.</p> <p>Я хочу провести слушание: <input type="checkbox"/> в личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону</p>

НЕДОСТУПНЫЕ ДАТЫ/ВРЕМЯ:

Укажите даты и время, когда вы будете недоступны в течение следующих 90 дней, чтобы неофициальная встреча, процедура медиации или слушание не были запланированы на эти даты и время:

РАЗДЕЛ ДЛЯ ПОДПИСИ:

Лицо, подающее данную форму, должно поставить свою подпись и указать дату в отведенном ниже месте. Можно подписать данную форму от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.

***Подпись:**

***Имя и фамилия печатными буквами:**

***Дата подписания:**

***Если вы хотите поручить другому лицу представлять ваши интересы при подаче и рассмотрении апелляции или если вы подаете этот запрос на апелляцию от имени другого совершеннолетнего лица, заполните прилагаемую форму о предоставлении полномочий представителю.**

Ваши права в ходе подачи и рассмотрения апелляции были изложены в направленном вам NOA или GFBL. С ними также можно ознакомиться по ссылке: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ЭТА ФОРМА?

Данная форма используется для предоставления разрешения на передачу касающейся вас (лица, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра) информации личного характера. Она также может использоваться для предоставления кому-либо разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Этот статус отличается от статуса уполномоченного представителя, назначаемого Советом штата по нарушениям в развитии (State Council of Developmental Disabilities, SCDD) или судом.

Родителям несовершеннолетнего ребенка, попечителям или законным опекунам лиц, которые обращаются с просьбой о получении или получают услуги региональных центров, не нужно заполнять данную форму, чтобы предоставить самим себе такое разрешение. У них уже есть законное разрешение. Однако они могут использовать данную форму для предоставления другим лицам разрешения представлять вас при подаче жалобы о нарушении прав потребителей или апелляции в связи с предоставлением услуг. Возможно, позже понадобится предоставить подтверждение статуса по отношению к лицу, которое обращается с просьбой о получении или получает услуги регионального центра.

Различные типы жалоб о нарушении прав потребителей и апелляций в связи с предоставлением услуг:

- Жалоба в связи с программами раннего развития. Вы не согласны с решением о предоставлении услуг или соответствии критериям, которое было вынесено в отношении ребенка в возрасте от рождения до трех лет, либо полагаете, что были нарушены права такого ребенка.
- Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана. Вы не согласны с решением регионального центра о предоставлении услуг по Закону Лантермана или о соответствии критериям их предоставления.
- 4731 (Жалоба о нарушении прав потребителей). Вы полагаете, что региональным центром или поставщиком услуг были нарушены ваши права. Такие жалобы не касаются услуг или соответствия критериям.

КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ

- Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.
- Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
 - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
 - (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
 - [Здесь можно найти защитника прав клиентов, работающего в вашем региональном центре.](#)
- Управление уполномоченного по правам человека, куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731 или по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov; с дополнительной информацией можно ознакомиться [по ссылке](#).
 - Если вы являетесь участником Программы самоопределения, обратитесь по адресу электронной почты sdp.ombudsperson@dds.ca.gov или ознакомьтесь с дополнительной информацией [по ссылке](#).
- Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») в верхней части этой веб-страницы: www.scdd.ca.gov, а затем выберите свой регион. Также вы можете обратиться в SCDD по номеру телефона: (833) 818-9886.
- Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC), с которым можно связаться по следующим номерам телефона:
 - 1-800-776-5746;
 - 1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа.
 - Вы также можете заполнить [форму онлайн-заявки в DRC](#).
- Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
- В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Номер дела: _____

(только для внутреннего пользования)

* Обязательные поля

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИЛИ ОБРАЩАЕТСЯ С ПРОСЬБОЙ ОБ ИХ ПОЛУЧЕНИИ:

*Имя: *Фамилия: *Дата рождения: Уникальный идентификатор клиента (UCI)

*Региональный центр:

ДЛЯ ЧЕГО ВАМ НУЖЕН ПРЕДСТАВИТЕЛЬ? (Можно выбрать несколько вариантов)

- Жалоба о нарушении прав потребителей (4731) Апелляция в связи с предоставлением услуг по Закону Лантермана или соответствием критериям их предоставления
 Жалоба в связи с программами раннего развития Иное:

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:

*Имя: *Фамилия:

*Кем приходится лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:

- Родитель совершеннолетнего ребенка Правозащитник Иное:
 Член семьи Адвокат
 Друг Опекун

*Улица и номер дома:

*Номер квартиры:

*Город:

*Индекс:

*Основной номер телефона:

Вид основного номера телефона:

- Мобильный Домашний Рабочий

Приемлемы ли текстовые сообщения?

- Да Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

Дополнительный номер телефона:

Вид дополнительного номера телефона:

- Мобильный Домашний Рабочий

Приемлемы ли текстовые сообщения?

- Да Нет

(Может взиматься плата за передачу данных)

Адрес эл. почты:

РАЗДЕЛ ДЛЯ ПОДПИСИ:

Подписывая данную форму, я даю письменное разрешение указанному выше представителю получать информацию и/или представлять указанное выше лицо, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении.

*Подпись:

*Имя и фамилия печатными буквами:

*Дата подписания:

Если вы заполняете данную форму не от своего имени, укажите, кем вы приходите лицу, которое получает услуги регионального центра или обращается с просьбой об их получении:

- Родитель несовершеннолетнего ребенка
 Попечитель
 Законный опекун
 Уполномоченный представитель (*назначенный руководящим органом, таким как SCDD или суд)

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 свода законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act)