

本表专用于就兰特曼法案相关的资格确定和服务提出申诉。本表不适用于Early Start计划或供应商相关的申诉。

### 如何提起申诉：

- 如要提起申诉，最快的方式是在发展服务部（DDS）网站填写电子表格：<https://bit.ly/DDSAppealForm>

### 提起申诉的其他方式：

- 通过电子邮件将所附表格发送至[AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
- 将所附表格邮寄至：1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- 将所附表格传真至：916-654-3641

### 申诉时限：

您必须在规定时限内提交申诉申请。所有申诉申请必须在您收到行动通知（NOA）或善意确信声明函（GFBL）之日起60天内寄出（以邮戳为准）或送达DDS。有两种规定时限。

- 如果您想在申诉期间继续接受当前服务，则适用于第一种规定时限：
  - 您的申请必须在收到NOA或GFBL后的30天内、行动生效日期之前寄出（以邮戳为准）或送达DDS。
    - 在申诉期间继续接受当前服务被称为已付费待定援助。
- 第二种规定时限为：如果您在收到NOA或GFBL后的31到60天内将申诉申请寄出（以邮戳为准）或送达DDS，在31至60天内提出的申诉将得到处理，但您不能获得已付费待定援助。

### 谁能就您的申诉事宜提供援助：

- 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员（请主动开口求助）。
- 您的客户权益倡导人（CRA）：
  - 北加州：(800) 390-7032（北加州）；南加州：(866) 833-6712，或
  - [在此查找您所在区域中心的客户权益倡导人](#)。
- 监察专员办公室：您可以致电(877) 658-9731，发送电子邮件至[ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)，也可以访问其[网页](#)。
  - 如果您参加的是自主决定计划（SDP），请发送电子邮件至[sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)，或访问其[网页](#)。
- 加州发育障碍理事会（SCDD）。要查找您所在地的SCDD办事处，请访问[www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov)，选择网页顶部的“区域办事处”，再查找您所在的地区。您也可以致电(833) 818-9886联系他们。
- 加州残障权益会（DRC）：
  - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798（TTY），或者您也可以填写[DRC在线受理表](#)。
  - DRC服务时间为周一、周二、周四和周五上午9:00至下午3:00。
- 您还可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的区域中心可为您联系能够为您提供帮助的本地家长支持团体或社区组织。

扫描二维码或点击链接即可获得“申诉资料包”。  
您可以了解申诉程序相关的额外信息。



<https://bit.ly/AppealInfoPacketChinese>

机密客户信息，《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节，《健康保险便利和责任法案》

\*此次申诉涉及哪家区域中心?

\*必填项

接受或寻求区域中心服务的人员的信息:

\*名:  \*姓:  \*出生日期:  唯一客户标识符 (UCI)

\*街道地址:  公寓号:

\*城市:  \*邮政编码:

主要电话号码:  主要电话号码类型: 手机 家庭电话 工作电话 是否能收发短信? 是 否  
(可能产生数据费)

备用电话号码:  备用电话号码类型: 手机 家庭电话 工作电话 是否能收发短信? 是 否  
(可能产生数据费)

电子邮件地址:

\*您倾向于我们用怎样的方式与您联系? 电话 电子邮件 短信

\*您的偏好语言是什么? \*您需要口译员吗? 是 否

如果您是代他人申诉, 请在此处提供您的信息:

名:  姓:

与此次申诉当事人的关系:  
未成年儿童的家长 照管人 监护人  
家庭成员 法律倡导人 其他:   
授权代表 律师

街道地址:  公寓号:

城市:  邮政编码:

主要电话号码:  主要电话号码类型: 手机 家庭电话 工作电话 是否能收发短信? 是 否  
(可能产生数据费)

备用电话号码:  备用电话号码类型: 手机 家庭电话 工作电话 是否能收发短信? 是 否  
(可能产生数据费)

电子邮件地址:

\*您倾向于我们用怎样的方式与您联系? 电话 电子邮件 短信

\*您的偏好语言是什么? \*您需要口译员吗? 是 否

您提起申诉的原因是什么？

---

---

**\*您是否收到了区域中心寄送的、让您想要提起申诉的文档？**

行动通知（NOA）      善意确信声明函（GFBL）      都没收到

如果您收到了NOA，您是在哪天收到的？

**\*区域中心提议采取的行动：**

（请勾选所有适用选项）

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 资格否决  | 区域中心通知您，您不符合兰特曼法案规定的接受区域中心服务的资格。（这与Early Start资格无关）。                    |
| <input type="checkbox"/> 资格终止： | 您当前正在接受区域中心的服务，但您被告知以后不再符合资格。这可能是由于您接受了重新评估，区域中心根据结果判定您不再符合接受区域中心服务的条件。 |
| <input type="checkbox"/> 服务否决： | 您申请了一项新服务，但区域中心拒绝了您的申请。   |
| <input type="checkbox"/> 服务缩减： | 区域中心通知您，您当前接受的服务将减少。  |
| <input type="checkbox"/> 服务终止： | 区域中心通知您，您将不再接受某项或多项现有服务。  |

区域中心提议行动的生效日期是什么时候？

**\*提起申诉的原因：**

## 您希望以什么方式解决您的申诉诉求？

申诉程序共有三部分。您可以使用其中一道或多道程序。如果您使用一道程序未能解决分歧，您可以决定在随后使用其他程序。

### \*在下方选择您想要使用的程序：

注：如果您在下方选择视频会议，则必须提供电子邮件地址。

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 非正式会议 | 您与区域中心主任或其指定人士会面。您与区域中心将尝试解决您的申诉诉求。<br><b>我希望我的非正式会议以以下方式召开：</b><br><input type="checkbox"/> 面对面； <input type="checkbox"/> 视频会议；和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议  |
| <input type="checkbox"/> 调解    | 您和区域中心与调解员会面。调解员并不为区域中心或DDS工作。调解员会协助您和区域中心就您的申诉事项达成协议。<br><b>我希望我的调解会议以以下方式召开：</b><br><input type="checkbox"/> 面对面； <input type="checkbox"/> 视频会议；和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议                      |
| <input type="checkbox"/> 听证会   | 您的听证会由听证官主持。听证官并不为区域中心或DDS工作。听证官将听取您和区域中心所提供的信息，帮助你们厘清事实。随后听证官将针对您的申诉事项作出裁决。<br><b>我希望我的听证会以以下方式召开：</b><br><input type="checkbox"/> 面对面； <input type="checkbox"/> 视频会议；和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议 |

## 非空闲的日期/时间

请写下您在接下来90天内的非空闲日期和时间，以避免将您的非正式会议、调解会议或听证会安排在这些日期和时间：

## 签名区：

提交这份表格的人士必须在下方空白处签名并注明日期。可以在纸质表格上签名，也可以电子签名。输入您的姓名即表示您已在本表上完成了电子签名。

\*签名：

\*工整书写的姓名：

\*签名日期：

\*如果您希望授权他人代您提起申诉，或者您是代其他成年人士提起申诉，请填写随附的《代表授权书》。

您在申诉过程中的权利已随NOA或GFBL一同寄送，您也可以在此处查阅：

<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Simplified-Chinese.pdf>

机密客户信息，《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节，《健康保险便利和责任法案》

## 代表授权书

DS 1819 (Rev. 12/2023)

## 这份授权书的作用是什么？

这份授权书是用来授权共享您（寻求或接受区域中心服务的人）的个人信息，还可用于授权其他人在消费者权益投诉或服务申诉事务中代您行事。这与州发育障碍理事会（SCDD）或法院所指定的授权代表不是一回事。

如果是未成年儿童的父母，或者担任寻求或接受区域中心服务的人的照管人或法定监护人，则无需填写此表来获得授权。他们已获得了法律许可。不过，他们可以使用这份文件来授权其他人在消费者权益投诉或服务申诉事务中代您行事。随后可能需要出具文件，证明与寻求或接受区域中心服务的人的关系。

消费者权益投诉及服务申诉包括以下几类：

- Early Start投诉 - 您不认同针对消费者（不满3岁的儿童）的具体服务或服务资格相关的决定，或认为其权益受到了侵犯。
- 兰特曼法案服务申诉 - 您不认同区域中心提出的兰特曼法案服务或资格相关的决定。
- 4731（消费者权益投诉） - 您认为区域中心或服务提供者侵犯了您的权益，这些投诉与具体服务或资格无关。

## 谁能提供帮助

- 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员（请主动开口求助）。
- 您的客户权益倡导人（CRA）：
  - (800) 390-7032（北加州），或
  - (866) 833-6712（南加州），或
  - [在此查找您所在区域中心的客户权益倡导人](#)。
- 监察专员办公室：请致电(877) 658-9731，发送电子邮件到[ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov)，或访问[在线页面](#)获得更多信息。
  - 如果您是自主决定计划参与者，请发送电子邮件到：[sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov)，或访问[在线页面](#)获得更多信息。
- 加州发育障碍理事会（SCDD）。要查找您所在地的SCDD办事处，请访问[www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov)，选择网页顶部的“区域办事处”，再查找您所在的地区。您也可以致电（833）818-9886联系SCDD。
- 加州残障权益会（DRC）：
  - 1-800-776-5746
  - 1-800-719-5798（文本电话）
  - 您也可以填写[DRC在线受理表](#)。
- 您也可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的区域中心可为您联系能够为您提供帮助的本地家长支持团体或社区组织。

机密客户信息，《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节，《健康保险便利和责任法案》

案件编号: \_\_\_\_\_

(内部资料)

**\*必填项**

**接受或寻求区域中心服务的人员信息:**

**\*名:**  **\*姓:**  **\*出生日期:**  **唯一客户标识符 (UCI)**

**\*区域中心:**

**您需要代表处理什么事务? (可多选)**

消费者权益投诉 (4731)  兰特曼法案服务或资格申诉  
 Early Start 投诉  其他:

**代表信息:**

**\*名:**  **\*姓:**

**\*与接受或寻求区域中心服务的人的关系:**

成年子女的家长  法律倡导人  其他:   
 家庭成员  律  
 朋友  监护人

**\*街道地址:**

**\*公寓号:**

**\*城市:**

**\*邮政编码:**

**\*主要电话号码:**

**主要电话号码类型:**

手机  家庭电话  工作电话

**是否能收发短信?**

是  否  
(可能产生数据费)

**备用电话号码:**

**主要电话号码类型:**

手机  家庭电话  工作电话

**是否能收发短信?**

是  否  
(可能产生数据费)

**电子邮件地址:**

**签名栏:**

在授权书上签字即代表本人通过书面形式授权上方人士代为接收信息并/或代表接受或寻求区域中心服务的人行事。

**\*签名:**

**\*工整书写的姓名:**

**\*签名日期:**

如果您是代他人填写授权书, 请说明您与接受或寻求区域中心服务的人是什么关系:

未成年儿童的家长  
 照管人  
 法定监护人  
 授权代表 (\*由SCDD或法院等管理机构指定)

机密客户信息, 《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节, 《健康保险便利和责任法案》