

Este formulario se utiliza para presentar apelaciones relativas a la elegibilidad y los servicios en virtud de la Ley de Lanterman. Este formulario NO se utiliza para apelaciones relacionadas con el programa Early Start o los proveedores.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN:

- La forma más fácil de presentar una apelación es de manera electrónica en la página web del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>.

OTRAS FORMAS DE PRESENTAR UNA APELACIÓN:

- Puede enviar el formulario adjunto por correo electrónico a AppealRequest@dds.ca.gov.
- Puede enviar el formulario adjunto por correo postal a 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814.
- Puede enviar el formulario adjunto por fax al 916-654-3641.

PLAZOS PARA LAS APELACIONES:

Debe presentar su solicitud de apelación a tiempo. Todas las solicitudes de apelación deben ser mataselladas o recibidas por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 60 días después de la fecha en que usted recibió el Aviso de acción (NOA) o la Carta de buena fe (GFBL). Hay dos plazos.

- El primer plazo es en caso de que desee mantener sus servicios actuales durante la apelación:
 - Su solicitud debe ser matasellada o recibida por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 30 días después de recibir su NOA o GFBL y antes de que se lleve a cabo la acción.
 - Mantener sus servicios actuales durante una apelación se denomina ayuda pagada pendiente.
- El segundo plazo se aplica si su solicitud de apelación es matasellada o recibida por el Departamento de Servicios de Desarrollo entre 31 y 60 días después de recibir su NOA o GFBL. Una apelación presentada en este plazo se procesará, pero no se otorgará la ayuda pagada pendiente.

DÓNDE OBTENER AYUDA PARA SU APELACIÓN:

- De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
- De su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
 - (800) 390-7032 para el norte de California; (866) 833-6712 para el sur de California, o
 - [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](#).
- De las Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, ombudsperson@dds.ca.gov o bien [en línea aquí](#).
 - Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov o bien consulte [en línea](#).
- Del Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione "Oficinas regionales" en la parte superior de esta página web: www.scdd.ca.gov, y luego elija su área. También puede comunicarse al (833) 818-9886.
- De Disability Rights California (DRC) al:
 - 1-800-776-5746; 1-800-719-5798 para TTY; o puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](#);
 - DRC atiende los días lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
- También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

Puede encontrar el "Paquete informativo de recursos" utilizando el código QR o el enlace. Proporciona información adicional sobre el proceso de apelación.



<https://bit.ly/InfoPktSpanish>

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

* ¿De qué centro regional trata esta apelación?

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE O NECESITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:

* Nombre: * Apellido: * Fecha de nacimiento: Identificador único de cliente (UCI)

* Dirección:

Número de departamento:

* Ciudad:

* Código postal:

Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal:
 Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?
 Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario:
 Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?
 Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Dirección de correo electrónico:

* ¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Llamada telefónica Correo electrónico
 Mensaje de texto

* ¿Qué idioma prefiere?

* ¿Necesita un intérprete? Sí No

SI SOLICITA UNA APELACIÓN PARA OTRA PERSONA, COMPLETE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre: Apellido:

Relación con la persona para la que se solicita la apelación:
 Padre o madre de un menor Conservador/a Tutor/a
 Familiar Defensor jurídico Otros:
 Representante autorizado abogado

Dirección:

Número de departamento:

Ciudad:

Código postal:

Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal:
 Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?
 Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario:
 Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?
 Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Dirección de correo electrónico:

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? Llamada telefónica Correo electrónico
 Mensaje de texto

* ¿Qué idioma prefiere?

* ¿Necesita un intérprete? Sí No

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

¿POR QUÉ MOTIVO SOLICITA UNA APELACIÓN?

* ¿Recibió un documento del centro regional que desea apelar?

Aviso de acción (NOA) Carta de buena fe (GFBL) Ninguno

Si recibió un Aviso de acción (NOA), ¿en qué fecha lo recibió?

* Acción propuesta por el centro regional:

(Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Denegación de elegibilidad:	Un centro regional le notificó que no es elegible para recibir servicios del centro regional en virtud de la Ley Lanterman. (Esto no se aplica a la elegibilidad para el Programa Early Start).
<input type="checkbox"/> Cese de la elegibilidad:	En este momento está recibiendo servicios de un centro regional y se le notificó que ya no es elegible. Esto podría ser producto de una nueva evaluación donde se determinó que no es elegible para recibir estos servicios del centro regional.
<input type="checkbox"/> Denegación de servicio:	Usted solicitó un nuevo servicio y su centro regional denegó la solicitud.
<input type="checkbox"/> Reducción de servicio:	Su centro regional le notificó que se reducirá la prestación de un servicio que recibe actualmente.
<input type="checkbox"/> Cese de servicio:	Su centro regional le notificó que ya no recibirá uno o más de sus servicios actuales.

¿Cuál es la fecha de entrada en vigor propuesta para la acción del centro regional?

* Motivo(s) de la apelación:

¿LE GUSTARÍA TRATAR DE RESOLVER SU APELACIÓN?

El proceso de apelaciones consta de tres partes. Puede recurrir a una o a varias de estas partes. Si no soluciona su problema al recurrir a una parte, puede decidir usar otras.

*Elija las partes que desea utilizar a continuación:

Nota: Si selecciona la opción de video a continuación, deberá facilitarnos una dirección de correo electrónico.

<input type="checkbox"/> Reunión informal	Se reúne con el director del centro regional o con la persona que ellos elijan. Usted y el centro regional intentarán resolver su apelación. Quiero que la reunión informal sea: <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono
<input type="checkbox"/> Mediación	Usted y el centro regional se reúnen con un mediador. El mediador no trabaja para el centro regional o el DDS. El mediador le ayuda a usted y al centro regional a llegar a un acuerdo sobre su apelación. Quiero que la mediación sea: <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono
<input type="checkbox"/> Audiencia	La audiencia será con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias no trabaja para el centro regional o el DDS. El funcionario de audiencias escucha la información proporcionada por usted y el centro regional y le ayuda a exponer los hechos. Luego, el funcionario de audiencias toma una decisión sobre las cuestiones presentadas en su solicitud de apelación. Quiero que la audiencia sea: <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono

FECHAS/HORAS NO DISPONIBLES:

Escriba las fechas y horas en las que no estará disponible en los próximos 90 días para que su reunión informal, mediación o audiencia no se programe durante esas fechas y horas:

SECCIÓN DE FIRMAS:

La persona que presenta este formulario debe firmar e indicar la fecha en el espacio que se proporciona a continuación. Se puede firmar el formulario con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

*Firma:

*Nombre en letra imprenta:

*Fecha de firma

* Si desea autorizar a una persona para que lo represente en la apelación o si solicita la apelación en nombre de otra persona adulta, complete el Formulario de autorización del representante adjunto.

En su NOA o GFBL se indicaban sus derechos durante el proceso de apelación, que puede encontrar aquí: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Spanish-1.pdf>

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

Formulario de autorización del representante

DS 1819 (Rev. 12/2023)

¿PARA QUÉ SIRVE ESTE FORMULARIO?

Este formulario otorga permiso para compartir información personal sobre usted (la persona que solicita o recibe servicios del centro regional). También puede utilizarse para autorizar a alguien a que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Esto es diferente del rol del representante autorizado designado por el Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD) o un tribunal.

Los padres de un menor, los conservadores o los tutores legales de las personas que solicitan o reciben servicios del centro regional no necesitan completar este formulario para autorizarse a sí mismos. Ya tienen permiso legal. Sin embargo, pueden utilizar este formulario para otorgar permiso a otra persona para que lo represente en caso de que tenga un reclamo sobre sus derechos como cliente o ante una apelación de un servicio. Es posible que la prueba del parentesco con la persona que solicita o recibe los servicios del centro regional deba presentarse más adelante.

Los distintos tipos de reclamos sobre los derechos como cliente y de apelación de un servicio son los siguientes:

- Reclamo sobre Early Start: cuando usted no está de acuerdo con un servicio o decisión de elegibilidad o cree que se violaron los derechos de un niño desde el nacimiento hasta los tres años.
- Apelación de servicio relacionado con la Ley Lanterman: cuando no está de acuerdo con un servicio relacionado con la Ley Lanterman o con la decisión de elegibilidad propuesta por un centro regional.
- 4731 (reclamo sobre los derechos como cliente): cuando cree que un centro regional o un proveedor de servicios no respetó sus derechos. Estos reclamos no se refieren a los servicios ni a la elegibilidad.

DÓNDE OBTENER AYUDA

- De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
- Su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
 - (800) 390-7032 para el norte de California;
 - (866) 833-6712 para el sur de California; o
 - [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](#).
- Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](#).
 - Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov u obtenga más información [en línea aquí](#).
- Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione "Oficinas regionales" en la parte superior de esta página web: www.scdd.ca.gov, y luego elija su área. También puede comunicarse con el SCDD al (833) 818-9886.
- Disability Rights California (DRC) al:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 para llamadas TTY
 - Asimismo, puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](#).
- También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

Número de caso: _____

(Solo para uso interno)

* Campos obligatorios

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBE O NECESITA SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:

* Nombre:	* Apellido:	* Fecha de nacimiento:	Identificador único de cliente (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Centro Regional:

¿PARA QUÉ DESEA TENER REPRESENTACIÓN? (Puede seleccionar más de una opción).

Reclamo sobre los derechos como cliente (4731)
 Servicio relacionado con la Ley Lanterman o apelación de elegibilidad
 Reclamo sobre Early Start Otros:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

* Nombre: * Apellido:

* Relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional:

Padre o madre de un hijo adulto Defensor jurídico Otros:
 Familiar Abogado
 Amigo Tutor

* Dirección:

* Número de departamento:

* Ciudad:

* Código postal:

* Número de teléfono principal: Tipo de número de teléfono principal:

Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?

Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Número de teléfono secundario: Tipo de número de teléfono secundario:

Celular Particular Laboral

¿Se pueden enviar mensajes de texto?

Sí No
(Se pueden aplicar cargos por uso de datos)

Dirección de correo electrónico:

SECCIÓN DE FIRMAS:

Al firmar este formulario, estoy dando permiso por escrito al representante nombrado anteriormente para recibir información y/o representar a la persona que recibe o solicita servicios, como se identifica arriba.

*Firma:

*Nombre en letra imprenta:

*Fecha de firma:

Si completa este formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su relación con la persona que recibe o solicita los servicios del centro regional?

Padre o madre de un menor
 Conservador
 Tutor legal
 Representante autorizado (*designado por un órgano de gobierno, como el SCDD o un tribunal)

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud