

**Ginagamit ang form na ito upang i-apela ang pagiging karapat-dapat at mga serbisyo ng Lanterman Act. HINDI ginagamit ang form na ito para sa Early Start o mga apela ng Vendor.**

### PAANO MAGHAIN NG APELA:

- Ang pinakamabilis na paraan upang maghain ng apela ay sa elektronikong paraan sa website ng Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pag-unlad (Department of Developmental Services, DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

### IBA PANG MGA PARAAN UPANG MAGSUMITE NG APELA:

- Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng email sa [AppealRequest@dds.ca.gov](mailto:AppealRequest@dds.ca.gov)
- Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng koreo sa 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Maaari mong ipadala ang kalakip na form sa pamamagitan ng fax sa 916-654-3641

### MGA TIMELINE PARA SA MGA APELA:

Dapat mong ihain ang iyong kahilingan na mag-apela nang nasa oras. Ang mga kahilingan sa pag-apela ay dapat na mamarkahan ng koreo o matanggap ng DDS nang hindi lalampas ng 60 araw pagkatapos ng petsa kung kailan natanggap mo ang Abiso ng Pagkilos (Notice of Action, NOA) o ang Liham tungkol sa Paniniwala sa Katapatan ng Intensyon (Good Faith Belief Letter, GFBL). May dalawang deadline.

- Ang unang deadline ay para sa kung nais mong panatilihin pareho ang iyong mga kasalukuyang serbisyo sa panahon ng iyong apela:
  - Ang iyong kahilingan ay dapat na mamarkahan ng koreo o matanggap ng DDS nang hindi lalampas sa 30 araw mula nang makuha mo ang iyong NOA o GFBL, at bago maganap ang pagkilos.
    - Ang pagpapanatili ng iyong kasalukuyang mga serbisyo sa panahon ng apela ay tinatawag na aid paid pending.
- Ang ikalawang deadline ay kung ang iyong kahilingan sa apela ay mamarkahan ng koreo (postmarked) o matanggap ng DDS 31 hanggang 60 araw mula nang makuha mo ang iyong NOA o GFBL. Ang isang apela na inihain sa loob ng 31 hanggang 60 araw ay ipoproseso, ngunit ang aid paid pending ay hindi igagawad.

### SAAN MAKAKUHA NG TULONG SA IYONG APELA:

- Iyong service coordinator (tagapag-ugnay ng serbisyo) o iba pang kawani ng regional center, kung hihingi ka sa kanila ng tulong.
- Iyong clients' rights advocate (CRA, tagapagtaguyod ng mga karapatan ng mga kliyente) sa:
  - (800) 390-7032 para sa Northern California, (866) 833-6712 para sa Southern California, o
  - [Hanapin ang clients' rights advocate sa iyong regional center dito.](#)
- Ang mga Tanggapan ng Ombudsperson sa (877) 658-9731 o sa [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov), o [online dito](#).
  - Kung ikaw ay nasa Self-Determination Program, mangyaring mag-email sa [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) o sa halip ay maaari kang [mag-online](#).
- Ang State Council on Developmental Disabilities, SCDD. Upang mahanap ang iyong lokal na tanggapan ng SCDD, piliin ang "Mga Regional Office" sa tuktok ng webpage na ito: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov), at pagkatapos ay piliin ang iyong lugar. Maaari mo rin silang makontak sa (833) 818-9886.
- Disability Rights California (DRC) sa:
  - 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 para sa TTY, o maaari mong kumpletuhin ang [online intake form ng DRC.](#)
  - Available ang DRC ng Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes mula 9:00AM – 3:00PM
- Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa isang Family Resource Center: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Maaaring tulungan ka ng iyong regional center na makahanap ng lokal na grupo na sumusuporta sa mga magulang o organisasyong nakabase sa komunidad na maaaring makatulong sa iyo.

**Ang Pakete ng Impormasyon Tungkol sa Pag-apela ("Appeals Information Packet") ay makikita gamit ang QR code o ang link. Ang pakete ay nagbibigay ng karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng apela.**



<https://bit.ly/AppealInfoPacketTagalog>

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

\*Tungkol saang regional center ang apela na ito?

**IMPORMASYON TUNGKOL SA INDIBIDWAL NA TUMATANGGAP O NAGHAHANAP NG MGA SERBISYO NG REGIONAL CENTER:**

<b>*Pangalan:</b>	<b>*Apelyido:</b>	<b>*Petsa ng Kapanganakan</b>	<b>Unique Client Identifier (UCI, Katangitanging Tagatukoy ng Kliyente)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>*Address ng Kalye:</b>			<b>Numero ng apartment</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<b>*Lungsod:</b>			<b>*Zip:</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<b>Pangunahing Numero ng Telepono:</b>	<b>Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:</b>	<b>Okey ba ang mga text message?</b>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <small>(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)</small>	
<b>Pangalawang Numero ng Telepono:</b>	<b>Uri ng Pangalawang Numero ng Telepono:</b>	<b>Okey ba ang mga text message?</b>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <small>(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)</small>	
<b>Email Address:</b>	<input type="text"/>		
<b>*Paano mo gustong makipag-ugnayan kami sa iyo?</b> <input type="checkbox"/> Tawag sa Telepono <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Text Message			
<b>*Anong wika ang gusto mo?</b>		<b>*Kailangan mo ba ng interpreter?</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	

**KUNG HUMIHILING KA NG APELA PARA SA IBANG TAO, IBIGAY ANG IYONG IMPORMASYON DITO:**

<b>Pangalan:</b>	<input type="text"/>	<b>Apelyido:</b>	<input type="text"/>
<b>Kaugnayan sa tao kung para kanino ang apelang ito:</b>			
<input type="checkbox"/> Magulang ng menor de edad	<input type="checkbox"/> Conservator	<input type="checkbox"/> Tagapag-alaga	
<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya	<input type="checkbox"/> Legal na Tagapagtaguyod	<input type="checkbox"/> Iba pa: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Awtorisadong Kinatawan	<input type="checkbox"/> Abogado		
<b>Address ng Kalye:</b>		<b>Numero ng apartment</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Lungsod:</b>		<b>Zip Code:</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Pangunahing Numero ng Telepono:</b>	<b>Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:</b>	<b>Okey ba ang mga text message?</b>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <small>(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)</small>	
<b>Pangalawang Numero ng Telepono:</b>	<b>Uri ng Pangalawang Numero ng Telepono:</b>	<b>Okey ba ang mga text message?</b>	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <small>(Maaaring ilapat ang mga singil sa data)</small>	
<b>Email Address:</b>	<input type="text"/>		
<b>*Paano mo gustong makipag-ugnayan kami sa iyo?</b> <input type="checkbox"/> Tawag sa Telepono <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Text Message			
<b>*Anong wika ang gusto mo?</b>		<b>*Kailangan mo ba ng interpreter?</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	

Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act

**BAKIT KA HUMIHILING NG APELA?**

**\*Nakatanggap ka ba ng dokumento mula sa regional center na gusto mong i-apela?**

- Abiso ng Pagkilos (Notice of Action, NOA)  Liham tungkol sa Paniniwala sa Katapatan ng Intensyon (Good Faith Belief Letter, GFBL)  Wala sa alinman

**Kung nakatanggap ka ng NOA, anong petsa mo ito natanggap?**

**\*Iminungkahing aksyon na ginagawa ng regional center:**

(Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

<input type="checkbox"/> <b>Pagtanggi sa Pagiging Karapat-dapat:</b>	Inabisuhan ka ng isang regional center na hindi ka karapat-dapat para sa mga serbisyo ng regional center sa ilalim ng Lanterman Act. (Hindi ito para sa pagiging kwalipikado sa Early Start).
<input type="checkbox"/> <b>Pagwawakas ng Pagiging Karapat-dapat:</b>	Kasalukuyan kang tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center, at naabisuhan ka na hindi ka na karapat-dapat. Ito ay maaaring dahil ikaw ay muling nasuri at natukoy na hindi karapat-dapat para sa mga serbisyo ng regional center.
<input type="checkbox"/> <b>Pagtanggi sa Serbisyo:</b>	Humiling ka ng bagong serbisyo, at ang kahilingan ay tinanggihan ng iyong regional center.
<input type="checkbox"/> <b>Pagbabawas ng Serbisyo:</b>	Inabisuhan ka ng iyong regional center na mas kaunti ang matatanggap mo ng isang kasalukuyang serbisyo.
<input type="checkbox"/> <b>Pagwawakas ng Serbisyo:</b>	Inabisuhan ka ng iyong regional center na hindi ka na makakatanggap ng isa o higit pa sa iyong mga kasalukuyang serbisyo.

**Ano ang iminumungkahing petsa ng pagkakaroon ng bisa ng aksyon ng regional center?**

**\*\* (Mga) Dahilan para sa Apela na ito:**

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

## PAANO MO GUSTONG SUBUKAN NA RESOLBAHIN ANG IYONG APELA?

Ang proseso ng apela ay may tatlong bahagi. Maaari mong gamitin ang isa o higit pa sa mga bahaging ito. Kung hindi mo malulutas ang iyong hindi pagsang-ayon gamit ang isang bahagi, maaari kang magpasya na gumamit ng iba pang mga bahagi sa ibang pagkakataon.

**\*Piliin ang mga bahagi na gusto mong gamitin sa ibaba.**

Tandaan: Kung pinili mo ang video sa ibaba, dapat kang magbigay ng email address.

<input type="checkbox"/> <b>Hindi pormal na pagpupulong</b>	Makikipagkita ka sa direktor ng regional center o sa isang taong pipiliin nila. Susubukan mo at ng regional center na lutasin ang iyong apela. <b>Gusto ko ang aking hindi pormal na pagpupulong na maisagawa:</b> <input type="checkbox"/> Sa personal; <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng video; at/o <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng telepono
<input type="checkbox"/> <b>Pagpupulong na may Tagapamagitan</b>	Ikaw at ang regional center ay magpupulong kasama ang isang tagapamagitan. Ang tagapamagitan ay hindi nagtatrabaho para sa regional center o DDS. Tumutulong ang tagapamagitan sa iyo at sa regional center na makarating sa isang kasunduan tungkol sa iyong apela. <b>Gusto ko na ang aking pagpupulong na may tagapamagitan na maisagawa:</b> <input type="checkbox"/> Sa personal; <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng video; at/o <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng telepono
<input type="checkbox"/> <b>Pagdinig</b>	Kasama ang Opisyal sa Pagdinig sa iyong pagdinig. Ang Opisyal sa Pagdinig ay hindi nagtatrabaho para sa regional center, o sa DDS. Pakikinggan ng Opisyal sa Pagdinig ang impormasyon mula sa iyo at sa regional center, at tinutulungan kang ilabas ang iyong mga katotohanan. Pagkatapos ay gagawa ng desisyon ang Opisyal sa Pagdinig tungkol sa mga isyu sa iyong kahilingan sa pag-apela. <b>Gusto ko ang aking pagdinig na maisagawa:</b> <input type="checkbox"/> Sa personal; <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng video; at/o <input type="checkbox"/> sa pamamagitan ng telepono

## HINDI AVAILABLE SA MGA PETA/ORAS:

Pakisulat ang anumang mga petsa at oras kung kailan hindi ka available sa loob ng susunod na 90 araw para hindi ma-iskedyul sa mga petsa at oras na iyon ang hindi pormal na pagpupulong, pagpupulong na may tagapamagitan, o pagdinig:

## SEKSYON NG PIRMA:

Ang taong nagsusumite ng form na ito ay dapat pumirma at maglagay ng petsa sa espasyo sa ibaba. Maaari mong pirmahan ang form na ito gamit ang panulat o sa elektronikong paraan. Sa pamamagitan ng pag-type ng iyong pangalan, sumasang-ayon ka na pinirmahan mo sa elektronikong paraan ang form na ito.

**\*Pirma:**

**\*I-print ang Pangalan:**

**\*Petsa na Pinirmahan:**

**\*Kung gusto mong pahintulutan ang isang tao na kumatawan sa iyo sa iyong apela, o kung hinihiling mo ang apela na ito sa ngalan ng ibang nasa hung Pag-awtorisa sa Kinatawan (Representative Authorization Form).**

Ang iyong mga karapatan sa panahon ng proseso ng apela ay ibinigay sa iyo kasama ng iyong NOA o GFBL, at makikita rito: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Tagalog.pdf>

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

## Form para sa Pag-awtorisa ng Kinatawan (Representative Authorization Form)

DS 1819 (Nirebisa 12/2023)

### ANO ANG FORM NA TO?

Ang form na ito ay ginagamit upang magbigay ng pahintulot na magbahagi ng personal na impormasyon tungkol sa iyo (ang taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center). Maaari rin itong gamitin upang bigyan ang isang tao ng pahintulot na kumatawan sa iyo sa isang reklamo sa mga karapatan ng konsumidor o apela sa serbisyo. Ito ay iba sa isang Awtorisadong Kinatawan na hinirang ng State Council of Developmental Disabilities (SCDD, Konseho ng Estado para sa Kapansanan sa Pag-unlad) o isang hukuman.

Hindi kailangan ng mga magulang ng isang menor de edad, mga conservator (tagapag-ingat), o mga legal na tagapag-alaga ng mga taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center na kumpletuhin ang form na ito upang magbigay ng pahintulot sa kanilang sarili. Mayroon na silang legal na permiso. Gayunpaman, maaari nilang gamitin ang form na ito upang magbigay ng pahintulot sa ibang tao na kumatawan sa iyo sa isang reklamo sa mga karapatan ng konsumidor o apela sa serbisyo. Maaaring kailanganing ibigay sa ibang pagkakataon ang patunay ng kaugnayan sa taong humihingi o tumatanggap ng mga serbisyo ng regional center.

Ang iba't ibang uri ng mga reklamo sa mga karapatan ng konsumidor at mga apela sa serbisyo ay:

- Reklamo sa Early Start – Kapag hindi ka sumasang-ayon sa isang serbisyo o desisyon sa pagiging karapat-dapat o naniniwala na ang mga karapatan ay nilabag para sa isang bata mula sa kapanganakan hanggang sa tatlong taong gulang.
- Lanternman Service Appeal – Kapag hindi ka sumasang-ayon sa isang serbisyo ng Lanternman o desisyon sa pagiging karapat-dapat na iminungkahi ng isang regional center.
- 4731 (Reklamo sa Mga Karapatan ng Konsumidor) – Kapag naniniwala ka na ang iyong mga karapatan ay nilabag ng isang regional center o isang tagapagkaloob ng serbisyo. Ang mga reklamong ito ay hindi tungkol sa mga serbisyo o pagiging karapat-dapat.

### SAAN MAKAKAKUHA NG TULONG

- Iyong service coordinator (tagapag-ugnay ng serbisyo) o iba pang kawani ng regional center, kung hihingi ka sa kanila ng tulong.
- Iyong clients' rights advocate (CRA, tagapagtaguyod ng mga karapatan ng mga kliyente) sa:
  - (800) 390-7032 para sa Northern California, o
  - (866) 833-6712 para sa Southern California, o
  - [Hanapin ang clients' rights advocate sa iyong regional center dito.](#)
- Ang mga Tanggapan ng Ombudsperson sa (877) 658-9731 o sa [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov), o maghanap ng higit pang impormasyon [online dito](#).
  - Kung ikaw ay nasa Self-Determination Program, magpadala ng email sa: [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov), o maghanap ng higit pang impormasyon [online dito](#).
- Ang State Council on Developmental Disabilities (SCDD). Upang mahanap ang iyong lokal na tanggapan ng SCDD, piliin ang "Mga Regional Office" sa tuktok ng webpage na ito: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov), at pagkatapos ay piliin ang iyong lugar. Maaari mo ring kontakin ang SCDD sa (833) 818-9886.
- Disability Rights California (DRC) sa:
  - 1-800-776-5746
  - 1-800-719-5798 para sa tawag na TTY
  - Maaari mo ring kumpletuhin ang [online intake form ng DRC](#).
- Maaari ka ring makakuha ng tulong mula sa isang Family Resource Center: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Maaari kang tulungan ng iyong regional center na makahanap ng lokal na grupo na sumusuporta sa mga magulang o organisasyong nakabase sa komunidad na maaaring makatulong sa iyo.

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**

Numero ng Kaso: \_\_\_\_\_

(Pang-internal na paggamit lamang)

\* Mga Patlang na Kailangang Punan

**IMPORMASYON TUNGKOL SA INDIBIDWAL NA TUMATANGGAP O HUMIHINGI NG MGA SERBISYO NG REGIONAL CENTER:**

<b>*Pangalan:</b>	<b>*Apelyido:</b>	<b>*Petsa ng Kapanganakan</b>	<b>Unique Client Identifier (UCI, Katangitanging Pantukoy sa Kliyente)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\*Regional Center:**

**PARA SAAN MO KAKAILANGANIN ANG REPRESENTASYON? (Maaari kang pumili ng higit sa isang opsyon)**

<input type="checkbox"/> Reklamo sa Karapatan ng mga Konsumidor (4731)	<input type="checkbox"/> Serbisyo ng Lanterman o Apela sa Pagiging Karapat-dapat
<input type="checkbox"/> Reklamo sa Early Start	<input type="checkbox"/> Iba pa: <input type="text"/>

**IMPORMASYON NG KUMAKATAWAN:**

<b>*Pangalan:</b> <input type="text"/>	<b>*Apelyido:</b> <input type="text"/>
--	--

**\*Relasyon sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo ng regional center:**

<input type="checkbox"/> Magulang ng isang anak na nasa hustong gulang	<input type="checkbox"/> Legal na Tagapagtaguyod	<input type="checkbox"/> Iba pa: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Miyembro ng Pamilya	<input type="checkbox"/> Abogado	
<input type="checkbox"/> Kaibigan	<input type="checkbox"/> Tagapag-alaga	

**\*Address ng Kalye:**

**\*Numero ng apartment:**

**\*Lungsod:**

**\*Zip Code:**

**\*Pangunahing Numero ng Telepono:**

**Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:**

Cell  Bahay  Trabaho

**Okey ba ang mga text message?**

Oo  Hindi  
(Maaaring ilapat ang mga Singil sa Data)

**Pangalawang Numero ng Telepono:**

**Uri ng Pangunahing Numero ng Telepono:**

Cell  Bahay  Trabaho

**Okey ba ang mga text message?**

Oo  Hindi  
(Maaaring ilapat ang mga Singil sa Data)

**Email Address:**

**SEKSYON NG LAGDA:**

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, nagbibigay ako ng nakasulat na pahintulot sa kinatawan na pinangalanan sa itaas upang makatanggap ng impormasyon at/o kumatawan sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo, tulad ng tinukoy sa itaas.

**\*Lagda:**

**\*Naka-print na Pangalan:**

**\*Petsa na Pinirmahan:**

**Kung pinupunan mo ang form na ito sa ngalan ng ibang tao, ano ang kaugnayan mo sa taong tumatanggap o humihingi ng mga serbisyo ng regional center:**

Magulang ng anak na menor de edad  
 Conservator  
 Legal na Tagapag-alaga  
 Awtorisadong Kinatawan (\*Itinalaga ng isang namumunong katawan gaya ng SCDD o hukuman)

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Kliyente, Seksyon 4514 at 5328 ng Welfare and Institutions Code ng California, Health Insurance Portability and Accountability Act**