

یہ فارم لینٹرمین ایکٹ کی اہلیت اور خدمات کی اپیل کرنے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ فارم ارلی سٹارٹ یا وینٹر اپیلوں کے لیے استعمال نہیں کیا جاتا ہے۔

اپیل کیسے دائر کریں:

- اپیل دائر کرنے کا تیز ترین طریقہ الیکٹرانک طور پر ڈیپارٹمنٹ آف ڈیولپمنٹل سروسز (DDS) کی ویب سائٹ پر موجود ہے:

<https://bit.ly/DDSAppealForm>

اپیل جمع کرانے کے دیگر طریقے:

- آپ AppealRequest@dds.ca.gov پر ای میل کے ذریعے منسلکہ فارم بھیج سکتے ہیں
- آپ منسلکہ فارم ڈاک کے ذریعے O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814 1215 پر بھیج سکتے ہیں
- آپ منسلکہ فارم کو 916-654-3641 پر فیکس کے ذریعے بھیج سکتے ہیں

اپیلز کے لیے ٹائم لائنز:

آپ کو اپنی اپیل کی درخواست لازماً وقت پر دائر کرنی چاہیے۔ اپیل کی تمام درخواستوں کو لازماً نوٹس آف ایکشن (NOA) یا نیک نیتی کے یقین کا خط (GFBL) مل جانے کی تاریخ کے 60 دن کے اندر، بنا کسی مزید تاخیر، پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول ہو جانا چاہیے۔ دو مقررہ اوقات ہیں۔

- پہلی آخری تاریخ اس لیے ہے کہ اگر آپ اپنی اپیل کے دوران اپنی موجودہ خدمات کو وپسا ہی برقرار رکھنا چاہتے ہیں:
 - آپ کی درخواست کو لازماً آپ کو NOA یا GFBL ملنے کے بعد 30 دن کے اندر، بنا کسی مزید تاخیر کے اور کارروائی کیے جانے سے پہلے پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول ہو جانا چاہیے۔
 - اپیل کے دوران اپنی موجودہ سروسز کو برقرار رکھنے کو زیر التواء ادا کردہ امداد کہا جاتا ہے۔
- دوسری آخری تاریخ یہ ہے کہ اگر آپ کی اپیل کی درخواست آپ کے اپنا NOA یا GFBL حاصل کرنے کے 31 سے 60 دن بعد پوسٹ مارک شدہ یا DDS کے ذریعے موصول شدہ ہو۔ 31 سے 60 دنوں کے اندر دائر کی جانے والی ایک اپیل پر عمل کاری کی جائے گی، لیکن زیر التواء ادا کردہ امداد کی اجازت نہیں دی جائے گی۔

اپنی اپیل کے سلسلے میں مدد کہاں سے حاصل کریں:

- آپ کا سروس رابطہ کار یا دیگر ریجنل سینٹر کا عملہ، اگر آپ ان سے پوچھتے ہیں۔
- آپ کے کلانٹس کے حقوق کا وکیل (CRA)، ذیل پر:
 - شمالی کیلیفورنیا کے لیے 390-7032 (800)، جنوبی کیلیفورنیا کے لیے 833-6712 (866)، یا
 - [اپنے ریجنل سینٹر میں کلانٹ کے حقوق کے وکیل کو یہاں تلاش کریں۔](#)
- محتسب اعلیٰ کے دفتر 658-9731 (877) پر یا ombudsperson@dds.ca.gov، یا [آن لائن یہاں۔](#)
 - اگر آپ خود ارادیت کے پروگرام میں ہیں، تو براہ کرم اس کے بجائے sdp.ombudsperson@dds.ca.gov پر ای میل کریں یا [آن لائن](#) جا سکتے ہیں۔
- ترقیاتی معذوری سے متعلق ریاستی کونسل (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)۔ اپنا مقامی SCDD دفتر تلاش کرنے کے لیے، اس ویب صفحہ کے بالائی حصے میں "علاقائی دفاتر" منتخب کریں: www.scdd.ca.gov، اور پھر اپنا علاقہ منتخب کریں۔ آپ ان تک بذریعہ 818-9886 (833) بھی رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔
- **حقوق معذوران کیلیفورنیا (Disability Rights California, DRC) نمبر:**
 - TTY کے لیے 1-800-776-5746، 1-800-719-5798، یا آپ DRC کا [آن لائن انٹیک فارم](#) مکمل کر سکتے ہیں۔
 - DRC بروز پیر، منگل، جمعرات اور جمعہ کو صبح 9:00 بجے - دوپہر 3:00 بجے تک دستیاب رہتا ہے
- آپ فیملی ریسورس سینٹر سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں: <https://frcnca.org/get-connected>۔
- آپ کا ریجنل سینٹر مقامی پیرنٹ سپورٹ گروپ یا کمیونٹی کی بنیاد پر تنظیم کو تلاش کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے جو آپ کی مدد کر سکتی ہے۔



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

"اپیلوں کا انفارمیشن پیکٹ" QR کوڈ یا ذیل میں دیئے گئے لنک کو استعمال کرتے ہوئے تلاش کیا جاتا ہے۔ وہ اپیل کے عمل کے بارے میں اضافی معلومات فراہم کرتے ہیں۔

کلانٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، بلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ

ریجنل سینٹر کی سروسز موصول یا حاصل کرنے والے شخص کے بارے میں معلومات:

پہلا نام:	* آخری نام:	* تاریخ پیدائش:	منفرد کلانٹ شناخت کنندہ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

سٹریٹ ایڈریس:	اپارٹمنٹ نمبر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

شہر:	* زپ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

بنیادی فون نمبر: بنیادی فون نمبر کی قسم: موبائل گھر کام/آفس کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟ ہاں نہیں (ٹیکسٹ چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

ثانوی فون نمبر: ثانوی فون نمبر کی قسم: موبائل گھر کام/آفس کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟ ہاں نہیں (ٹیکسٹ چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

ای میل ایڈریس:
<input type="text"/>

* آپ کیا اسے ترجیح دیتے ہیں کہ ہم آپ سے کس طرح رابطہ کریں؟ فون کال ای-میل متنی پیغام

* آپ کس زبان کو ترجیح دیتے ہیں؟ * کیا آپ کو ایک مترجم کی ضرورت ہے؟ ہاں نہیں

اگر آپ کسی اور کے لیے اپیل کی درخواست کر رہے ہیں، تو اپنی معلومات یہاں فراہم کریں:

پہلا نام:	آخری نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

اس فرد سے رشتہ جس کے لیے یہ اپیل ہے:

ایک چھوٹے بچے کے والدین محافظ سرپرست

خاندانی رکن قانونی وکیل دیگر:

مجاز نمائندہ وکیل

سٹریٹ کا پتہ:	اپارٹمنٹ نمبر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

شہر:	زپ کوڈ:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

بنیادی فون نمبر: بنیادی فون نمبر کی قسم: موبائل گھر کام/آفس کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟ ہاں نہیں (ٹیکسٹ چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

ثانوی فون نمبر: ثانوی فون نمبر کی قسم: موبائل گھر کام/آفس کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟ ہاں نہیں (ٹیکسٹ چارجز لاگو ہو سکتے ہیں)

ای میل ایڈریس:
<input type="text"/>

* آپ کیا اسے ترجیح دیتے ہیں کہ ہم آپ سے کس طرح رابطہ کریں؟ فون کال ای-میل متنی پیغام

* آپ کس زبان کو ترجیح دیتے ہیں؟ * کیا آپ کو ایک مترجم کی ضرورت ہے؟ ہاں نہیں

کلانٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، بلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ

* کیا آپ کو ریجنل سینٹر سے کوئی دستاویز موصول ہوئی ہے جس پر آپ اپیل کرنا چاہیں گے؟

نوٹس برائے کارروائی (NOA) نیک نیٹی کے یقین کا خط (GFBL) کوئی بھی نہیں

اگر آپ کو NOA موصول ہوا ہے، تو آپ کو یہ کس تاریخ کو موصول ہوا ہے؟

* ریجنل سینٹر کی طرف سے مجوزہ کارروائی کی جا رہی ہے:

(لاگو ہونے والے تمام پر نشان لگائیں)

<input type="checkbox"/> اہلیت سے انکار:	آپ کو ایک ریجنل سینٹر کی جانب سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ لیٹرمین ایکٹ کے تحت ریجنل سینٹر کی سروسز کے اہل نہیں ہیں۔ (یہ ابتدائی آغاز کی اہلیت کے لیے نہیں ہے)۔
<input type="checkbox"/> اہلیت کا خاتمہ:	آپ فی الحال ریجنل سینٹر کی خدمات حاصل کر رہے ہیں اور آپ کو مطلع کیا گیا ہے کہ آپ مزید اہل نہیں ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ آپ کا دوبارہ جائزہ لیا گیا تھا اور تعین کیا گیا کہ آپ ریجنل سینٹر کی خدمات کے لیے نااہل تھے۔
<input type="checkbox"/> خدمت سے انکار:	آپ نے ایک نئی خدمت کی درخواست کی اور آپ کے ریجنل سینٹر کی جانب سے درخواست کو مسترد کر دیا گیا۔
<input type="checkbox"/> خدمت میں تخفیف/کمی:	آپ کو آپ کے ریجنل سینٹر کی طرف سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ کو موجودہ خدمت کم موصول ہو گی۔
<input type="checkbox"/> سروس کا خاتمہ:	آپ کو آپ کے ریجنل سینٹر کی طرف سے مطلع کیا گیا تھا کہ آپ کو اپنی موجودہ خدمات میں سے ایک یا زیادہ موصول نہیں ہوں گی۔

ریجنل سینٹر کی کارروائی کی تجویز کردہ مؤثر تاریخ کیا ہے؟

* اس اپیل کی وجہ (وجوہات):

آپ اپنی اپیل کا ازالہ کرنے کی کیسے کوشش کرنا چاہیں گے؟

اپیل کے عمل کے تین حصے ہوتے ہیں۔ آپ ان حصوں میں سے ایک یا زیادہ کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ ایک حصہ کو استعمال کرتے ہوئے اپنا اختلاف حل نہیں کرتے ہیں، تو آپ دوسرے حصوں کو بعد میں استعمال کرنے کا فیصلہ کر سکتے ہیں۔

***وہ حصے منتخب کریں جو آپ ذیل میں استعمال کرنا چاہتے ہیں:**
نوٹ کریں: اگر آپ نے درج ذیل ویڈیو کو منتخب کیا ہے، تو آپ لازماً ایک ای میل ایڈریس فراہم کریں۔

<input type="checkbox"/> غیر رسمی میٹنگ	آپ ریجنل سینٹر کے ڈائریکٹر یا ان کے منتخب کردہ کسی فرد سے ملاقات کرتے ہیں۔ آپ اور ریجنل سینٹر آپ کی اپیل کو حل کرنے کی کوشش کریں گے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری غیر رسمی میٹنگ ایسے ہو: <input type="checkbox"/> شخصی طور پر؛ <input type="checkbox"/> بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا <input type="checkbox"/> بذریعہ ٹیلیفون
<input type="checkbox"/> ثالثی	آپ اور ریجنل سینٹر ایک ثالث کے ساتھ ملتے ہیں۔ ثالث، ریجنل سینٹر یا DDS کے لیے کام نہیں کرتا ہے۔ ثالث آپ کی اپیل کے بارے میں معاہدہ کرنے میں آپ کی اور ریجنل سینٹر کی مدد کرتا ہے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری ثالثی ایسے ہو: <input type="checkbox"/> شخصی طور پر؛ <input type="checkbox"/> بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا <input type="checkbox"/> بذریعہ ٹیلیفون
<input type="checkbox"/> سماعت	آپ کی سماعت، ایک سماعتی افسر کے ساتھ ہے۔ سماعتی افسر ریجنل سینٹر یا DDS کے لیے کام نہیں کرتا ہے۔ سماعتی افسر آپ اور ریجنل سینٹر کی معلومات کو سنتا ہے اور آپ کے حقائق سامنے لانے میں آپ کی مدد کرتا ہے۔ پھر سماعتی افسر آپ کی اپیل کی درخواست میں موجود مسائل کے بارے میں فیصلہ کرتا ہے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری سماعت ایسے ہو: <input type="checkbox"/> شخصی طور پر؛ <input type="checkbox"/> بذریعہ ویڈیو؛ اور/یا <input type="checkbox"/> بذریعہ ٹیلیفون

تاریخیں/وقت دستیاب نہیں ہیں:

براہ کرم اگلے 90 دنوں کے اندر جب آپ دستیاب نہیں ہوں گے تو وہ تاریخیں اور وقت لکھیں تاکہ آپ کی غیر رسمی ملاقات، ثالثی، یا سماعت ان تاریخوں اور اوقات کے دوران مقرر نہ کی جائے:

دستخط کا سیکشن:

یہ فارم جمع کرانے والے شخص کو لازماً ذیل میں دی گئی جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ لکھنی چاہیے۔ آپ اس فارم پر سیاہی سے یا الیکٹرانک طور پر دستخط کر سکتے ہیں۔ اپنا نام ٹائپ کر کے، آپ اتفاق کرتے ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پر دستخط کر دیئے ہیں۔

***پرنٹ شدہ نام:**

***دستخط:**

***تاریخ دستخط کردہ:**

***اگر آپ کسی کو اپنی اپیل میں اپنی نمائندگی کرنے کا اختیار دینا چاہتے ہیں، یا اگر آپ کسی دوسرے بالغ کی جانب سے اس اپیل کی درخواست کر رہے ہیں، تو براہ کرم منسلک نمائندہ اجازت کا فارم مکمل کریں۔**

اپیل کے عمل کے دوران آپ کے حقوق آپ کے NOA یا GFBL کے ساتھ فراہم کیے گئے تھے، اور یہاں تلاش کیے جا سکتے ہیں:
<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

کلارنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ

یہ فارم کس لیے ہے؟

یہ فارم آپ کے بارے میں ذاتی معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت یا منظوری دینے کے لیے استعمال کیا جاتا ہے (وہ فرد جو ریجنل سینٹر کی سروسز کا متلاشی ہے یا حاصل کر رہا ہے)۔ اسے کسی کو صارف کے حقوق کی شکایت یا سروس اپیل میں آپ کی نمائندگی کرنے کی اجازت دینے کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ ایک مجاز شدہ نمائندے سے مختلف ہے جس کا تقرر اسٹیٹ کونسل آف ڈیولپمنٹل ڈس ایبلٹیز (SCDD) یا عدالت کرتی ہے۔

کسی نابالغ بچے کے والدین، محافظ، یا ریجنل سینٹر کی سروسز حاصل کرنے کے متلاشی یا حاصل کرنے والے افراد کے قانونی سرپرستوں کو خود کو اجازت دینے کے لیے اس فارم کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ انہیں پہلے سے ہی قانونی منظوری حاصل ہے۔ تاہم، وہ اس فارم کا استعمال کسی اور کو صارف کے حقوق کی شکایت یا سروس اپیل میں آپ کی نمائندگی کرنے کی اجازت دینے کے لیے کر سکتے ہیں۔ بعد میں، ریجنل سینٹر کی سروسز حاصل کرنے کے متلاشی یا حاصل کرنے والے فرد سے رشتے کا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔

صارفین کے حقوق کی شکایات اور سروس اپیلوں کی مختلف اقسام حسب ذیل ہیں:

- ابتدائی آغاز کی شکایت – جب آپ کسی سروس یا اہلیت کے فیصلے سے اتفاق نہیں کرتے ہیں یا یقین رکھتے ہیں کہ پیدائش سے لے کر تین سال کی عمر تک کے کسی بچے کے حقوق کی خلاف ورزی کی گئی ہے۔
- لینڈمین سروس اپیل – جب آپ کسی ریجنل سینٹر کی طرف سے تجویز کردہ لینڈمین سروس یا اہلیت کے فیصلے سے متفق نہیں ہوں۔
- 4731 (صارفین کے حقوق کی شکایت) – جب آپ یقین رکھتے ہیں کہ آپ کے حقوق کی خلاف ورزی کسی ریجنل سینٹر یا سروس فراہم کنندہ نے کی ہے۔ یہ شکایات سروسز یا اہلیت کے بارے میں نہیں ہیں۔

مدد کہاں سے حاصل کی جائے

- آپ کا سروس رابطہ کار یا دیگر ریجنل سینٹر کا عملہ، اگر آپ ان سے پوچھتے ہیں۔
- آپ کے کلائنٹس کے حقوق کا وکیل (CRA)، ذیل کے نمبروں پر:
 - شمالی کیلیفورنیا کے لیے 390-7032 (800)، یا
 - جنوبی کیلیفورنیا کے لیے 833-6712 (866)، یا
 - اپنے ریجنل سینٹر میں کلائنٹ کے حقوق کے وکیل کو یہاں تلاش کریں۔
- اومبڈپرسن کے دفاتر 658-9731 (877) یا ombudsperson@dds.ca.gov پر، یا مزید معلومات یہاں آن لائن حاصل کریں۔
 - اگر آپ خود ارادیت کے پروگرام میں ہیں، تو براہ کرم اس پتے پر ای میل کریں: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov یا مزید معلومات یہاں آن لائن حاصل کریں۔
- ترقیاتی معذوری سے متعلق ریاستی کونسل (State Council on Developmental Disabilities, SCDD)۔ اپنا مقامی SCDD دفتر تلاش کرنے کے لیے، اس ویب صفحہ کے بالائی حصے میں "علاقائی دفاتر" منتخب کریں: www.scdd.ca.gov، اور پھر اپنا علاقہ منتخب کریں۔ آپ SCDD سے 818-9886 (833) پر بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔
- حقوق معذوران کیلیفورنیا (Disability Rights California, DRC) سے اس نمبر پر:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 برائے TTY کال
 - آپ DRC کا آن لائن اٹیک فارم بھی مکمل کر سکتے ہیں۔
- آپ فیملی ریسورس سینٹر سے بھی مدد حاصل کر سکتے ہیں: <https://frcnca.org/get-connected>۔
- آپ کا ریجنل سینٹر مقامی پیرنٹ سپورٹ گروپ یا کمیونٹی کی بنیاد پر تنظیم کو تلاش کرنے میں آپ کی مدد کر سکتا ہے جو آپ کی مدد کر سکتی ہے۔

کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ

* مطلوبہ فیلڈز

ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کے بارے میں معلومات:

* پہلا نام:	* آخری نام:	* تاریخ پیدائش:	منفرد کلانتھ شناخت کنندہ (UCI)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* ریجنل سینٹر:

آپ کس لیے نمائندگی چاہتے ہیں؟ (آپ ایک سے زیادہ اختیار منتخب کر سکتے ہیں)

 صارفین کے حقوق کی شکایت (4731) لیٹنر مین سروس یا اہلیت کی اپیل ابتدائی آغاز کی شکایت دیگر:

نمائندہ کی معلومات:

* پہلا نام:	* آخری نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کے بارے میں معلومات:

 ایک بالغ بچے کے والدین قانونی وکیل دیگر: خاندانی رکن وکیل دوست سرپرست

* اپارٹمنٹ کا نمبر:

* سٹریٹ ایڈریس:

* زپ کوڈ:

* شہر:

کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟

 ہاں نہیں
(ٹیکسٹ پیغامات لاگو ہو سکتے ہیں)

بنیادی فون نمبر کی قسم:

 موبائل گھر کام/آفس

* بنیادی فون نمبر:

کیا ٹیکسٹ پیغامات ٹھیک ہوں گے؟

 ہاں نہیں
(ٹیکسٹ پیغامات لاگو ہو سکتے ہیں)

بنیادی فون نمبر کی قسم:

 موبائل گھر کام/آفس

* ثانوی فون نمبر:

ای میل ایڈریس:

دستخط کا سیکشن:

اس فارم پر دستخط کر کے، میں درج بالا بیان کردہ نمائندے کو معلومات حاصل کرنے اور/یا سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی شخص کی نمائندگی کرنے کی تحریری اجازت دے رہا ہوں، جیسا کہ اوپر نشاندہی کی گئی ہے۔

* پرنٹ شدہ نام:

* دستخط:

* تاریخ دستخط کردہ:

اگر آپ یہ فارم کسی اور فرد کی جانب سے پُر کر رہے ہیں، تو آپ کا ریجنل سینٹر کی سروسز موصول کرنے والے یا حاصل کرنے کے متلاشی فرد سے کیا رشتہ ہے:

 ایک کم عمر بچے کے والدین محافظ قانونی سرپرست مجاز نمائندہ (*گورننگ باڈی جیسے کہ SCDD یا عدالت کی جانب سے مقرر کردہ)

کلانتھ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ