

Biểu mẫu Yêu cầu Khiếu nại theo Đạo luật Lanterman

DS 1821 (Rev. 09/2023)

Biểu mẫu này được sử dụng để khiếu nại tiêu chí hội đủ điều kiện và các dịch vụ theo Đạo luật Lanterman. KHÔNG sử dụng biểu mẫu này cho các khiếu nại của Early Start (Khởi đầu Sớm) hoặc Nhà cung cấp.

CÁCH GỬI KHIẾU NẠI:

- Cách nhanh nhất để gửi khiếu nại là gửi theo phương thức điện tử qua trang mạng của Sở Dịch vụ Phát triển (DDS): <https://bit.ly/DDSAppealForm>

CÁCH GỬI KHIẾU NẠI KHÁC:

- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua email đến AppealRequest@dds.ca.gov
- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua đường thư tín đến địa chỉ: 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Quý vị có thể gửi biểu mẫu đính kèm qua fax đến số 916-654-3641

THỜI HẠN CHÓT ĐỂ GỬI KHIẾU NẠI:

Quý vị phải gửi yêu cầu khiếu nại đúng thời hạn. Toàn bộ các yêu cầu khiếu nại phải được đóng dấu bưu điện hoặc được DDS tiếp nhận không muộn hơn 60 ngày kể từ ngày quý vị nhận được Thông báo Hành động (NOA) hoặc Lá thư Bày tỏ Lòng tin Thiện chí (Good Faith Belief Letter - GFBL). Có hai thời hạn chót.

- Thời hạn chót thứ nhất áp dụng nếu quý vị muốn giữ nguyên dịch vụ hiện tại của mình trong quá trình khiếu nại:
 - Yêu cầu của quý vị phải được đóng dấu bưu điện hoặc được DDS tiếp nhận không muộn hơn 30 ngày kể từ ngày quý vị nhận được NOA hoặc GFBL và trước khi diễn ra hành động.
 - Việc giữ nguyên các dịch vụ hiện tại của quý vị trong thời gian khiếu nại được gọi là quyền tiếp tục sử dụng dịch vụ trong lúc chờ giải quyết (aid paid pending).
- Thời hạn chót thứ hai áp dụng khi yêu cầu khiếu nại của quý vị được đóng dấu bưu điện hoặc được DDS nhận trong vòng từ 31 đến 60 ngày kể từ khi quý vị nhận được NOA hoặc GFBL. Khiếu nại được gửi trong vòng từ 31 đến 60 ngày sẽ được xử lý nhưng quyền tiếp tục sử dụng dịch vụ (aid paid pending) sẽ không được cấp.

TÌM KIẾM HỖ TRỢ CHO KHIẾU NẠI CỦA QUÝ VỊ:

- Điều phối viên dịch vụ hay nhân viên khác của trung tâm khu vực, nếu quý vị đề nghị họ trợ giúp.
- Luật sư bảo vệ quyền thân chủ (CRA) của quý vị theo số:
 - (800) 390-7032 dành cho Bắc California, (866) 833-6712 dành cho Nam California hoặc
 - [Tìm luật sư bảo vệ quyền thân chủ tại trung tâm khu vực của quý vị tại đây.](#)
- Văn phòng Thanh tra theo số (877) 658-9731 hoặc ombudsperson@dds.ca.gov hoặc [theo cách trực tuyến tại đây.](#)
 - Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Tự quyết định (Self-Determination Program), thay vào đó hãy gửi email đến địa chỉ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov hoặc quý vị có thể làm theo cách [trực tuyến.](#)
- Hội đồng Tiểu bang về Khuyết tật Phát triển (SCDD). Để tìm văn phòng SCDD địa phương của quý vị, hãy chọn “Văn phòng Khu vực” ở phần trên cùng của trang mạng này: www.scdd.ca.gov rồi sau đó chọn khu vực của quý vị. Quý vị cũng có thể liên lạc với họ theo số (833) 818-9886.
- Quyền của Người khuyết tật California (DRC) tại:

- 1-800-776-5746, 1-800-719-5798 dành cho cuộc gọi TTY hoặc quý vị có thể hoàn thành [biểu mẫu tiếp nhận thông tin trực tuyến của DRC](#).
- DRC làm việc vào Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Năm và Thứ Sáu từ 9:00 sáng - 3:00 chiều
- Quý vị cũng có thể tìm kiếm hỗ trợ từ một Trung tâm Nguồn lực Gia đình: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Trung tâm khu vực của quý vị có thể giúp quý vị tìm một nhóm hỗ trợ phụ huynh tại địa phương hoặc tổ chức dựa trên cộng đồng có thể trợ giúp quý vị.

Quý vị có thể tìm “Tập Thông tin Khiếu nại” bằng cách sử dụng mã QR hay liên kết. Các nguồn lực này cung cấp thông tin bổ sung về quy trình khiếu nại.



<https://bit.ly/AppealsInfoPacketVietnamese>

Thông tin Khách hàng Bảo mật, Bộ luật Định chế và Phúc lợi California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

* Khiếu nại này liên quan đến trung tâm khu vực nào?

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NHẬN HOẶC ĐANG CÓ NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM KHU VỰC:

* Tên: * Họ và Tên đệm: * Ngày sinh: Mã định danh Khách hàng Duy nhất (UCI)

* Địa chỉ Tên phố: Số căn hộ:

* Thành phố: * Mã bưu chính:

Số Điện thoại Chính: Loại Số Điện thoại Chính: ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm Sử dụng tin nhắn văn bản có được không? ☐ Có ☐ Không
(Có thể bị tính phí dữ liệu)

Số điện thoại phụ: Loại Số Điện thoại Phụ: ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm Sử dụng tin nhắn văn bản có được không? ☐ Có ☐ Không
(Có thể bị tính phí dữ liệu)

Địa chỉ Email:

* Quý vị muốn chúng tôi liên lạc theo cách nào? ☐ Gọi điện ☐ E-mail ☐ Tin nhắn Văn bản

* Quý vị ưa thích sử dụng ngôn ngữ nào?

* Quý vị có nhu cầu sử dụng thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không

NẾU QUÝ VỊ YÊU CẦU KHIẾU NẠI CHO MỘT NGƯỜI NÀO ĐÓ, HÃY CUNG CẤP THÔNG TIN CỦA QUÝ VỊ

TẠI ĐÂY: Họ và Tên đệm:

Tên:

Quan hệ với chủ thể của khiếu nại:

☐ Phụ huynh của một trẻ nhỏ ☐ Người bảo hộ ☐ Người giám hộ
☐ Thành viên Gia đình ☐ Cố vấn Pháp luật ☐ Khác:
☐ Đại diện Ủy quyền ☐ Luật sư

Địa chỉ Tên phố: Số căn hộ:

Thành phố: Mã Bưu Chính:

Số Điện thoại Chính:

Loại Số Điện thoại Chính:

☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Sử dụng tin nhắn văn bản có được không?

☐ Có ☐ Không

(Có thể bị tính phí dữ liệu)

Số điện thoại phụ:

Loại Số Điện thoại Phụ:

☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Sử dụng tin nhắn văn bản có được không?

☐ Có ☐ Không

(Có thể bị tính phí dữ liệu)

Địa chỉ Email:

***Quý vị muốn chúng tôi liên lạc theo cách nào?** ☐ Gọi điện ☐ E-mail ☐ Tin nhắn Văn bản

***Quý vị ưa thích sử dụng ngôn ngữ nào?**

***Quý vị có nhu cầu sử dụng thông dịch viên không?** ☐ Có ☐ Không

Thông tin Khách hàng Bảo mật, Bộ luật Định chế và Phúc lợi California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

TẠI SAO QUÝ VỊ YÊU CẦU KHIẾU NẠI?

***Quý vị có nhận được một tài liệu từ trung tâm khu vực mà quý vị muốn khiếu nại không?**

☐ Thông báo Hành động (NOA) ☐ Lá thư Bày tỏ Lòng tin Thiện chí (GFBL) ☐ Không mục nào

Nếu quý vị đã nhận được NOA, quý vị nhận vào ngày nào?

***Hành động đề xuất được thực hiện bởi trung tâm khu vực:**

(Chọn tất cả các mục áp dụng)

☐ Từ chối Tiêu chí hội đủ điều kiện:	Quý vị được trung tâm khu vực thông báo rằng quý vị không hội đủ điều kiện nhận dịch vụ của trung tâm khu vực theo Đạo luật Lanterman. (Không áp dụng với tiêu chí đủ điều kiện của Early Start (Khởi đầu Sớm)).
☐ Chấm dứt Tiêu chí hội đủ điều kiện:	Quý vị hiện đang nhận dịch vụ của trung tâm khu vực và quý vị được thông báo rằng quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Nguyên nhân có thể là vì quý vị đã được đánh giá lại và xác định là không còn hội đủ điều kiện được nhận dịch vụ của trung tâm khu vực nữa.
☐ Từ chối Dịch vụ:	Quý vị yêu cầu một dịch vụ mới và yêu cầu đó bị trung tâm khu vực từ chối.
☐ Cắt giảm Dịch vụ:	Quý vị được trung tâm khu vực thông báo rằng quý vị sẽ bị cắt giảm một dịch vụ hiện tại.
☐ Chấm dứt Dịch vụ:	Quý vị được trung tâm khu vực thông báo rằng quý vị sẽ không được nhận một hay nhiều dịch vụ hiện tại nữa.

Hành động của trung tâm khu vực dự kiến có hiệu lực vào ngày nào?

***(Các) lý do cho Khiếu nại này:**

Thông tin Khách hàng Bảo mật, Bộ luật Định chế và Phúc lợi California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

QUÝ VỊ MUỐN CỐ GẮNG GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI THEO CÁCH NÀO?

Quy trình khiếu nại có ba bước. Quý vị có thể sử dụng một hay nhiều bước trong số ba bước này. Nếu không giải quyết được bất đồng bằng một bước của quy trình khiếu nại, quý vị có thể quyết định sử dụng các bước khác sau đó.

*Lựa chọn bước mà quý vị muốn sử dụng bên dưới:

Lưu ý: Nếu chọn video bên dưới, quý vị phải cung cấp địa chỉ email.

☐ Cuộc họp không chính thức	Quý vị họp với giám đốc trung tâm khu vực hay một người do họ lựa chọn. Quý vị và trung tâm khu vực sẽ cố gắng giải quyết khiếu nại của quý vị. Tôi muốn tổ chức cuộc họp không chính thức theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại
☐ Hòa giải	Quý vị và trung tâm khu vực họp với một người hòa giải. Người hòa giải không làm việc cho trung tâm khu vực hoặc DDS. Người hòa giải giúp quý vị và trung tâm khu vực đạt được sự đồng thuận về khiếu nại của quý vị. Tôi muốn tổ chức buổi hòa giải theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại
☐ Điều trần	Phiên điều trần của quý vị được tổ chức với một Viên chức Điều trần. Viên chức Điều trần không làm việc cho trung tâm khu vực hoặc DDS. Viên chức Điều trần lắng nghe thông tin từ quý vị và trung tâm khu vực và giúp quý vị đưa ra số liệu của mình. Sau đó Viên chức Điều trần sẽ đưa ra quyết định về các vấn đề được trình bày trong yêu cầu khiếu nại của quý vị. Tôi muốn tổ chức phiên điều trần theo cách: ☐ Trực tiếp; ☐ qua video; và/hoặc ☐ qua điện thoại

NGÀY/KHUNG GIỜ BẠN KHÔNG THAM GIA ĐƯỢC:

Vui lòng ghi bất kỳ ngày và khung giờ nào mà quý vị không tham gia được trong 90 ngày tới để không xếp lịch tổ chức cuộc họp không chính thức, buổi hòa giải hay phiên điều trần của quý vị vào các ngày và khung giờ đó:

--

MỤC CHỮ KÝ:

Người gửi biểu mẫu này phải ký và ghi ngày vào chỗ trống bên dưới. Quý vị có thể ký vào biểu mẫu này bằng mực hoặc bằng chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

***Chữ ký:**

***Tên Viết hoa:**

***Ngày Ký:**

***Nếu quý vị muốn ủy quyền cho một người nào đó làm đại diện trong quá trình khiếu nại hoặc nếu quý vị yêu cầu khiếu nại này thay mặt cho một người trưởng thành khác, vui lòng hoàn thành Biểu mẫu Ủy quyền Đại diện.**

Trong quá trình khiếu nại quý vị có các quyền được mô tả trong NOA hoặc GFBL và quý vị có thể tham khảo chúng tại đây: <https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-Vietnamese.pdf>

Thông tin Khách hàng Bảo mật, Bộ luật Định chế và Phúc lợi California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

BIỂU MẪU NÀY DÙNG ĐỂ LÀM GÌ?

Biểu mẫu này được sử dụng để cho phép chia sẻ thông tin cá nhân về quý vị (người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực). Biểu mẫu này cũng có thể được sử dụng để cho phép một người nào đó đại diện cho quý vị khi khiếu nại về quyền lợi người tiêu dùng hoặc kháng nghị về dịch vụ. Người này khác với Người Đại diện theo Ủy quyền do Hội đồng Tiểu bang về Khuyết tật Phát triển (SCDD) hoặc tòa án chỉ định.

Cha mẹ của trẻ vị thành niên, người bảo hộ hoặc người giám hộ hợp pháp của những người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực không cần phải điền vào biểu mẫu này để cho phép chính mình. Họ đã được cho phép hợp pháp. Tuy nhiên, họ có thể sử dụng biểu mẫu này để cho phép người khác đại diện cho quý vị khi khiếu nại về quyền lợi người tiêu dùng hoặc kháng nghị về dịch vụ. Bằng chứng về mối quan hệ với người đang có nhu cầu sử dụng hoặc nhận dịch vụ của trung tâm khu vực có thể cần được cung cấp sau này.

Các loại khiếu nại về quyền của người tiêu dùng và kháng nghị về dịch vụ khác nhau bao gồm:

- Khiếu nại về Chương trình Khởi đầu Sớm (Early Start) – Khi quý vị không đồng ý với một quyết định về dịch vụ hoặc về việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ hoặc cho rằng các quyền của trẻ đã bị vi phạm từ khi trẻ sinh ra cho đến khi ba tuổi.
- Kháng nghị Dịch vụ Lanterman – Khi quý vị không đồng ý với một quyết định về dịch vụ hoặc về việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Lanterman do trung tâm khu vực đưa ra.
- 4731 (Khiếu nại về Quyền của Người tiêu dùng) – Khi quý vị cho rằng quyền của mình đã bị trung tâm khu vực hoặc nhà cung cấp dịch vụ vi phạm. Những khiếu nại này không phải về dịch vụ hoặc việc hội đủ điều kiện nhận dịch vụ.

TÌM KIẾM HỖ TRỢ Ở ĐÂU

- Điều phối viên dịch vụ hay nhân viên khác của trung tâm khu vực, nếu quý vị đề nghị họ trợ giúp.
- Luật sư bảo vệ quyền thân chủ (CRA) của quý vị theo số:
 - (800) 390-7032 đối với khu vực Bắc California, hoặc
 - (866) 833-6712 đối với khu vực Nam California, hoặc
 - [Tìm luật sư bảo vệ quyền thân chủ tại trung tâm khu vực của quý vị tại đây.](#)
- Văn phòng Giám sát viên theo số (877) 658-9731 hoặc ombudsperson@dds.ca.gov, hoặc tìm thêm thông tin [trực tuyến tại đây](#).
 - Nếu quý vị đang tham gia Chương trình Tự quyết, vui lòng gửi email tới địa chỉ: sdp.ombudsperson@dds.ca.gov hoặc tìm thêm thông tin [trực tuyến tại đây](#)
- Hội đồng Tiểu bang về Khuyết tật Phát triển (SCDD). Để tìm văn phòng SCDD địa phương của quý vị, hãy chọn "Văn phòng Khu vực" ở phần trên cùng của trang mạng này: www.scdd.ca.gov rồi sau đó chọn khu vực của quý vị. Quý vị cũng có thể liên hệ với SCDD theo số (833) 818-9886.
- Quyền của Người khuyết tật California (DRC) tại:
 - 1-800-776-5746
 - 1-800-719-5798 dành cho cuộc gọi TTY
 - Quý vị cũng có thể hoàn thành [biểu mẫu tiếp nhận thông tin trực tuyến của DRC](#).
- Quý vị cũng có thể tìm kiếm hỗ trợ từ một Trung tâm Nguồn lực Gia đình: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Trung tâm khu vực của quý vị có thể giúp quý vị tìm một nhóm hỗ trợ phụ huynh tại địa phương hoặc tổ chức dựa trên cộng đồng có thể trợ giúp cho quý vị.

Thông tin Khách hàng được Bảo mật, Bộ luật về Phúc lợi và Tổ chức Xã hội California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế

Số Vụ việc: _____
(Chỉ Lưu hành Nội bộ)

* Mục thông tin bắt buộc

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ HOẶC ĐANG CÓ NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ CỦA TRUNG TÂM KHU VỰC:

*Tên: _____ *Họ và Tên đệm: _____ *Ngày sinh: _____ Mã định danh Khách hàng Duy nhất (UCI) _____

*Trung tâm Khu vực:

QUÝ VỊ MUỐN ĐƯỢC ĐẠI DIỆN CHO ĐIỀU GÌ? (Quý vị có thể chọn nhiều hơn một lựa chọn)

- ☐ Khiếu nại về Quyền của Người tiêu dùng (4731)
☐ Kháng nghị về Dịch vụ hoặc về việc Hội đủ điều kiện nhận dịch vụ Lanterman
☐ Khiếu nại về Chương trình Khởi đầu Sớm (Early Start) ☐ Khác: _____

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

*Tên: _____ *Họ và Tên đệm: _____

*Mối quan hệ với người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ của trung tâm khu vực:

- ☐ Phụ huynh của trẻ trưởng thành ☐ Cố vấn Pháp luật ☐ Khác: _____
☐ Thành viên Gia đình ☐ Luật sư
☐ Bạn bè ☐ Người giám hộ

*Địa chỉ Tên phố:

*Số Căn hộ:

*Thành phố:

*Mã Zip:

*Số Điện thoại Chính:

Loại Số Điện thoại Chính:

- ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Có sử dụng tin nhắn văn bản được không?

- ☐ Có ☐ Không
(Có thể áp dụng Phí Dữ liệu)

Số Điện thoại Phụ:

Loại Số Điện thoại Chính:

- ☐ Di động ☐ Nhà riêng ☐ Sở làm

Có sử dụng tin nhắn văn bản được không?

- ☐ Có ☐ Không
(Có thể áp dụng Phí Dữ liệu)

Địa chỉ Email:

MỤC CHỮ KÝ:

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi cho phép bằng văn bản cho người đại diện có tên ở trên nhận thông tin và/hoặc đại diện cho người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ, như được xác định ở trên.

*Chữ ký:

*Tên Viết hoa:

*Ngày Ký:

Nếu quý vị điền vào biểu mẫu này thay mặt cho người khác, mối quan hệ của quý vị với người nhận dịch vụ hoặc đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ của trung tâm khu vực là gì:

- ☐ Phụ huynh của trẻ vị thành niên
☐ Người bảo hộ
☐ Người giám hộ hợp pháp
☐ Người Đại diện theo ủy quyền (*Được chỉ định bởi cơ quan quản lý như SCDD hoặc tòa án)

Thông tin Khách hàng được Bảo mật, Bộ luật về Phúc lợi và Tổ chức Xã hội California Mục 4514 và 5328, Đạo Luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Y tế