

行动通知 (NOA)
DS 1820 (版本号: 03/2023)

***必填项目**

*日期:

*此NOA由哪家区域中心提供?

唯一的客户识别码 (UCI), 如有

消费者或申请人:

*名: *姓: *出生日期:

*主要电话号码: 第二电话号码: *电子邮件地址:

*街道地址: 公寓号:

*城市: *邮政编码:

*消费者或申请人是否是白卡 (Medicaid) 家庭与社区服务豁免计划的参与者
(请勾选一项) 是 否

授权代表的姓名: (如适用)

名: 姓: 与申诉者的关系:

主要电话号码: 第二电话号码: 电子邮件地址:

*区域中心提议的行动 (如果提议行动不止一项, 请勾选所有适用选项):

- 资格否决
- 资格终止
- 服务否决
- 服务缩减
- 服务终止

*提议行动生效的日期:

***提议行动的内容:**

***提议行动的原因:**

***提议行动依据的事实和法律:**

请阅读以下页面，了解您有何选择、如何针对决定提出申诉以及如何获得帮助

您的选择

如果您同意行动通知（NOA）提议的决定，那么您无需做任何事情。

如果您不同意NOA提议的决定，您有权提出申诉。申诉是解决与区域中心分歧的一种方式。申诉申请将被提交到发展服务部（DDS）。

如何申诉

- 您可以在DDS网站提交电子版的申诉申请表：<https://bit.ly/DDSAppealForm>
- 您可以通过电子邮件将所附表格发送至AppealRequest@dds.ca.gov
- 您可以将所附表格邮寄至以下地址：1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- 您可以将所附表格传真至以下号码：916-654-3641

您必须在规定时限内提交申诉申请。有两个截止日期。

- 如果您希望在申诉期间继续接受当前服务，请遵守第一个截止日期：
 - 您的申请必须在收到NOA后的30天内、行动生效日期之前寄出（以邮戳为准）或递交至DDS。
 - 在申诉期间继续接受当前服务被称为“援助支付未决”。
- 第二个截止日期针对所有其他申诉申请。如果您的申诉申请是在收到NOA后的31至60天内提出的，在您申诉期间区域中心将执行决定。申诉申请必须在收到NOA后的60天内寄出（以邮戳为准）或递交至DDS。

到哪里寻求帮助

在申诉期间，您可以寻求帮助。能够帮助您的人有：

- 您的服务协调员或区域中心的其他工作人员，如果您开口求助的话。
- 您的客户权益倡导人（CRA），联系方式如下：
 - 北加州：(800) 390-7032，或
 - 南加州：(866) 833-6712，或
 - 在此处查找您所在区域中心的客户权益倡导人：
<https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>
- **监察专员**办公室：(877) 658-9731或ombudsperson@dds.ca.gov。如果您参加了自主决定计划，请发送电子邮件至sdp.ombudsperson@dds.ca.gov。
- 您也可以从家庭资源中心获得帮助：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的区域中心可能会为您联系当地的家长支持团体或社区组织，他们或许会对您有所帮助。

- 如果您住在Porterville发展中心、Canyon Springs或一家STAR Home，您也可以向加州发育障碍理事会（State Council on Developmental Disabilities）求助：
 - Canyon Springs、Desert STAR、South STAR: (760) 770-0651
 - Porterville和Central STAR: (559) 782-2431
 - 总部: (408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>。

扫描二维码或点击链接即可访问“申诉资料包”。资料包提供了与申诉程序相关的额外信息。



<https://bit.ly/AppealInfoPacketChinese>