

**Solicitação de Reconsideração da Decisão da Audiência Final**

DS 1824 (Rev. 09/2023)

**O QUE É UMA RECONSIDERAÇÃO?**

---

Depois da audiência, tanto você como o centro regional poderão solicitar uma “reconsideração”. A reconsideração é uma maneira de corrigir um erro de escrita ou um engano num facto ou lei, numa decisão de audiência. Também pode incluir a reconsideração de um pedido negado para desqualificar um Funcionário de Audiência. Esses são os únicos fatores que uma reconsideração pode abordar.

**COMO SOLICITAR UMA RECONSIDERAÇÃO:**

---

**A reconsideração deve ser solicitada dentro de 15 dias após a data da decisão final da audiência.**

É necessário enviar uma cópia desta solicitação à outra parte do recurso (o centro regional ou o consumidor) e ao gabinete que emitiu a decisão final.

Caso tenha recebido a sua decisão final do Gabinete de Audiências Administrativas (OAH), devolva este formulário ao OAH por meio do [sistema de transferência eletrónica de ficheiros](#) ou pelo fax:

- Sacramento: (916) 263-0550
- Los Angeles: (213) 576-7200
- Oakland: (510) 622-2722
- San Diego: (619) 525-4475

Caso tenha recebido a sua decisão final do Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS), devolva este formulário ao DDS:

- pelo e-mail [DecisionReconsideration@dds.ca.gov](mailto:DecisionReconsideration@dds.ca.gov)
- pelo endereço 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- pelo fax 916-654-3641

**COMO OBTER AJUDA**

---

O seu coordenador de serviços ou outro funcionário do centro regional, caso solicite ajuda.

- O seu defensor dos direitos dos clientes (CRA), pelos números:
  - (800) 390-7032 para a Califórnia do Norte ou
  - (866) 833-6712 para a Califórnia do Sul ou
  - [Encontre um defensor dos direitos dos clientes no seu centro regional aqui.](#)
- Gabinete do Mediador, pelo número (877) 658-9731 ou [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov), ou [neste site](#).
  - Caso participe do Programa de Autodeterminação, envie um email a [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) ou faça tudo [virtualmente](#).
- O Conselho Estadual de Deficiências de Desenvolvimento (SCDD). Para encontrar o escritório local do SCDD, selecione “Regional Offices” (“Escritórios regionais”) na parte superior deste site: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov) e escolha a sua região. Também pode ser contactado pelo número (833) 818-9886.
- Direitos por Deficiência da Califórnia (DRC), pelo número:
  - 1-800-776-5746
  - 1-800-719-5798 para chamadas de TTY
  - Horário de funcionamento: segunda, terça, quinta e sexta, das 9h às 15h
  - Também pode preencher o [formulário de admissão virtual do DRC](#).
- Também é possível obter ajuda de um Centro de Recursos para Famílias: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- O seu centro regional pode ajudar a encontrar um grupo local de apoio para pais e mães, ou uma organização comunitária que possa ajudar.

## INFORMAÇÕES SOBRE A RECONSIDERAÇÃO:

\* Campos obrigatórios

Número de acompanhamento no sistema do DDS:

\*Número do caso do OAH:

\*Nome da pessoa para quem a decisão final foi emitida (consumidor):

\*Centro Regional:

\*Data da decisão final da audiência:

\*Indique os fundamentos da reconsideração solicitada

(Marque todas as opções aplicáveis:)

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Correção de um engano num facto ou lei | 1. Em que página e linha ocorreu o engano, e qual é a correção necessária? |
| <input type="checkbox"/> Um erro de escrita na decisão          | 1. Em que página e linha ocorreu o engano, e qual é a correção necessária? |

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A decisão do auditor de não se desqualificar | <p>1. Solicitou ao auditor que se desqualificasse durante ou antes da audiência?<br/><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Se sim, por que motivo o auditor não foi capaz de ser justo e imparcial?</p> |
|---|---|

\*Assinatura:

\*Nome digitado:

\*Data de assinatura:

- Requerente, pai/mãe de menor, representante autorizado, tutor, guardião ou Advogado
- Centro Regional

**Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou eletrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado eletronicamente.**