

Запрос на повторное рассмотрение решения по итогам заключительного слушания

DS 1824 (Ред. 09/2023)

Департамент социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии
Управление по рассмотрению и урегулированию апелляций населения

ЧТО ОЗНАЧАЕТ ПОВТОРНОЕ РАССМОТРЕНИЕ?

После слушания вы или региональный центр можете запросить «повторное рассмотрение». Повторное рассмотрение — это способ устранить техническую ошибку или исправить ошибку в факте или в праве, которая была допущена в решении, вынесенном по результатам слушания. Повторному рассмотрению также может подлежать отклоненный запрос об отводе должностного лица, слушающего дело. Это единственные факторы, которые могут обусловить повторное рассмотрение.

ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПОВТОРНОЕ РАССМОТРЕНИЕ:

Вы должны обратиться с просьбой о повторном рассмотрении в течение 15 дней с момента вынесения решения по итогам заключительного слушания.

Вам следует направить копию данного запроса другой стороне апелляционного процесса (региональному центру или подопечному), а также в орган, который вынес окончательное решение.

Если вы получили окончательное решение из Управления административных слушаний (Office of Administrative Hearings, ОАН), направьте данную форму в ОАН через [систему безопасной передачи электронных файлов](#) или по факсу на номера:

- Сакраменто: (916) 263-0550
- Лос-Анджелес: (213) 576-7200
- Оклэнд: (510) 622-2722
- Сан-Диего: (619) 525-4475

Если вы получили окончательное решение из Департамента социального обеспечения лиц с нарушениями в развитии (DDS), направьте данную форму в DDS:

- по электронной почте на адрес DecisionReconsideration@dds.ca.gov
- по почте на адрес 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- по факсу на номер 916-654-3641

КТО МОЖЕТ ПОМОЧЬ

Ваш координатор услуг или другой сотрудник регионального центра, если вы к нему обратитесь.

- Защитник прав клиентов, с которым можно связаться по телефону:
 - (800) 390-7032 в Северной Калифорнии; или
 - (866) 833-6712 в Южной Калифорнии; или
 - [Защитника прав клиентов можно найти в своем региональном центре по этой ссылке.](#)
- Управления омбудсмана (Ombudsperson Offices), куда можно обратиться по телефону (877) 658-9731, по адресу электронной почты ombudsperson@dds.ca.gov или [по Интернету](#).
 - Если вы участвуете в Программе самоопределения (Self-Determination Program), напишите по адресу электронной почты sdp.ombudsperson@dds.ca.gov или обратитесь [по Интернету](#).
- Совет штата по нарушениям в развитии (State Council on Developmental Disabilities, SCDD). Чтобы найти местный офис SCDD, перейдите в раздел Regional Offices («Региональные офисы») вверху этой веб-страницы: www.scdd.ca.gov, а затем выберите свой регион. Также можно позвонить по номеру (833) 818-9886.
- Центр правовой поддержки и помощи инвалидам штата Калифорния (Disability Rights California, DRC):
 - 1-800-776-5746;
 - 1-800-719-5798 для вызова с помощью телетайпа;

- работает в понедельник, вторник, четверг и пятницу с 9:00 до 15:00;
- Вы также можете заполнить [форму онлайн-заявки в DRC](#).
- Вы также можете получить помощь в Семейном ресурсном центре (Family Resource Center): <https://frcnca.org/get-connected/>.
- В вашем региональном центре вам могут помочь найти местную группу поддержки для родителей или общественную организацию, которая окажет вам содействие.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОВТОРНОМ РАССМОТРЕНИИ:

*Обязательные поля

Номер для отслеживания запроса в системе DDS:

*Номер дела ОАН:

*Имя лица, в отношении которого было вынесено окончательное решение (подопечный):

*Региональный центр:

*Дата вынесения решения по итогам заключительного слушания:

*Укажите конкретные основания, по которым запрашивается повторное рассмотрение
(Отметьте все подходящие варианты):

☐ Исправление фактической или юридической ошибки	1. На какой странице и в какой строке была допущена ошибка, какое требуется исправление?
☐ Канцелярская ошибка в решении	1. На какой странице и в какой строке была допущена ошибка, какое требуется исправление?

☐ Отказ в отводе должностного лица, слушающего дело	1. Вы ходатайствовали об отводе должностного лица, слушающего дело, до или во время слушания? ☐ Да ☐ Нет 2. Если да, по какой причине должностное лицо не могло оставаться справедливым и беспристрастным?
--	---

*Подпись:

*Имя и фамилия печатными буквами:

*Дата подписания:

☐ Заявитель, родитель несовершеннолетнего ребенка, уполномоченный представитель, попечитель, опекун или юрист

☐ Региональный центр

В поле выше необходимо поставить свою подпись и дату. Подписать можно от руки или с использованием электронной подписи. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписали данную форму электронной подписью.