

ФОРМА ИЗМЕНЕНИЯ ЗАПРОСА НА АПЕЛЛЯЦИЮ**Информация об апелляции**

Номер для отслеживания запроса в системе DDS:

Номер дела Управления административных слушаний (при наличии):

Имя лица, для которого подается апелляция (заявитель):

Адрес электронной почты (если отмечен пункт «по видеосвязи»):

Региональный центр:

Апелляционный процесс состоит из трех этапов. **Выберите из списка ниже этапы, которые вы хотите добавить к процессу апелляции.** Если вы уже проходили этот этап, вы не сможете добавить его еще раз. **Примечание:** если вы выбрали пункт «по видеосвязи», необходимо указать адрес электронной почты.

<input type="checkbox"/> Неофициальная встреча	<p>Вы встретитесь с директором регионального центра или назначенным им лицом. Совместно с региональным центром вы постараетесь урегулировать вашу проблему.</p> <p>Я хочу провести неофициальную встречу:</p> <input type="checkbox"/> В личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону
<input type="checkbox"/> Медиация	<p>Вместе с представителем регионального центра вы встретитесь с медиатором. Медиатор является беспристрастным лицом. Медиатор помогает вам и региональному центру достичь договоренности по поводу вашей апелляции.</p> <p>Я хочу провести процедуру медиации:</p> <input type="checkbox"/> В личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону
<input type="checkbox"/> Слушание	<p>Слушание проводит должностное лицо, слушающее дело. Должностное лицо, слушающее дело, заслушивает информацию от вас и представителя регионального центра. Должностное лицо, слушающее дело, помогает вам изложить факты. Должностное лицо, слушающее дело, проводит слушание справедливо и по существу. Должностное лицо, слушающее дело, выносит решение по вашей апелляции.</p> <p>Я хочу провести слушание:</p> <input type="checkbox"/> В личном порядке; <input type="checkbox"/> по видеосвязи; и/или <input type="checkbox"/> по телефону

Подпись лица, от имени которого подается апелляция, родителя несовершеннолетнего ребенка, официального представителя, опекуна или адвоката:

Дата:

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.

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Кодекса законов о социальном обеспечении и социальных учреждениях штата Калифорния (California Welfare and Institutions Code), Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act).