ШТАТ КАЛИФОРНИЯ – АГЕНТСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

Форма изменения запроса на апелляцию

DS 1823 (Ред. от 05/2024)

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

ФОРМА ИЗМЕНЕНИЯ ЗАПРОСА НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Homep для отслеживания DDS:		
Номер дела ОАН (Управления	административных слушаний):	
Имя лица, для которого подает	ся апелляция (заявитель):	
Адрес электронной почты (есл	и отмечен пункт «по видеосвязи»):	
Региональный центр:		
можете изменить этапы, которы не сможете добавить его еще		
Если вы хотите добавить, отменить или изменить какой-либо этап процесса рассмотрения апелляции, отметьте соответствующий пункт ниже:		
☐ Неофициальная встреча☐ Добавить☐ Отменить☐ Изменить	Вы встретитесь с директором регионального центра или назначенным им лицом. Совместно с региональным центром вы постараетесь урегулировать вашу проблему. Я хочу провести неофициальную встречу: В личном порядке; По видеосвязи; и/или по телефону	
	Вместе с представителем регионального центра вы встретитесь с медиатором. Медиатор — это незаинтересованное лицо, представляющее другое государственное ведомство. Медиатор помогает вам и региональному центру достичь договоренности по поводу вашей апелляции.	
	Я хочу провести процедуру медиации: □ в личном порядке; □ по видеосвязи; и/или □ по телефону	
□ Слушание □ Добавить □ Отменить □ Изменить	Слушание проводится должностным лицом, слушающим дело. Должностное лицо, слушающее дело, — это незаинтересованное лицо, представляющее другое государственное ведомство. Должностное лицо, слушающее дело, заслушивает информацию, касающуюся апелляции. Я хочу провести слушание: В личном порядке; По видеосвязи; и/или по телефону	

Объясните, в чем заключаются изменения (при необходимости):

Подпись лица, от имени которого подается апелляция, родителя н ребенка, официального представителя, опекуна или адвоката:	иесовершеннолетнего Дата:
В поле выше необходимо поставить свою подпись и дату. Подпись и или электронной. Введя свое имя, вы соглашаетесь с тем, что подписью	·

Конфиденциальная информация о клиенте, Разделы 4514 и 5328 Свода 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).