

行動通知 (NOA)

DS 1820-CH TRAD (Rev. 03/2023)

*必填欄位

*日期：

*哪個區域中心提供此 NOA ?

唯一客戶識別碼 (UCI) (如果有)

消費者或申請人：

*名字：

*姓氏：

*出生日期：

*主要電話號碼：

輔助電話號碼：

*電子郵件地址：

*街道地址：

公寓號碼：

*城市：

*郵遞區號：

*消費者或申請人是否為 Medicaid 家庭和社區服務豁免參與者

(選一個) 是 否

授權代表姓名：(如適用)

名字：

姓氏：

與請求人的關係：

主要電話號碼：

輔助電話號碼：

電子郵件地址：

*區域中心建議採取的行動 (如果建議採取多項行動，請選取所有適用的選項)：

- 資格被拒
- 資格終止
- 拒絕服務
- 減少服務
- 服務終止

*提議的行動發生的日期：

機密客戶資訊、《加州福利和機構法則》第 4514 和 5328 條、《健康保險流通與責任法案》。

***建議的行動：**

***建議採取行動的原因：**

***支持擬議行動的事實和法律：**

請參閱以下頁面，了解您的選擇、如何對此決定提出上訴以及如何獲得協助

機密客戶資訊、《加州福利和機構法則》第 4514 和 5328 條、《健康保險流通與責任法案》。

您的選擇

如果您同意行動通知 (NOA) 中提出的決定，那麼您無需採取任何行動。

如果您不同意本 NOA 中提出的決定，您有權提出上訴。上訴是解決與區域中心分歧的一種方法。上訴申請將發送至發展服務部 (DDS)。

如何上訴

- 您可以透過 DDS 網站以電子方式提交上訴申請表：<https://bit.ly/DDSAppealForm>
- 您可以透過電子郵件將附件表格發送至 AppealRequest@dds.ca.gov
- 您可以將所附表格郵寄至 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- 您可以將附件表格傳真至 916-654-3641

您必須按時提交上訴申請。有兩個截止日期。

- 第一個截止日期是當您想在上訴期間保持目前服務不變時：
- 您的申請必須在您收到 NOA 後 30 天內郵寄或由 DDS 收到，並且必須在採取行動之前。
- 上訴期間保留您目前的服務稱為「支付援助待定」。
- 第二個截止日期適用於所有其他上訴申請。如果您的上訴申請是在您收到 NOA 之日起 31 至 60 天內提出的，則區域中心的決定將在您上訴繼續期間生效。上訴申請必須在您收到此 NOA 之日起 60 天內郵寄或由 DDS 收到。

如何獲得幫助

您可以獲得有關上訴請求的協助。可以為您提供幫助的人有：

- 您可以向您的服務協調員或其他區域中心工作人員求助。
- 您的客戶權利倡導者 (CRA)，電話：
 - (800) 390-7032 (北加州)，或
 - (866) 833-6712 (南加州)，或
 - 在這裡找到您所在區域中心的客戶權利倡導者：www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links
- 監察 [員辦公室](#) 電話：(877) 658-9731 或 ombudsperson@dds.ca.gov。如果您參加了自我決定計劃，發電子郵件至 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 反而。
- 您也可以從家庭資源中心獲得協助網址：<https://frcnca.org/get-connected/>。
- 您的區域中心可能會協助您找到可以為您提供協助的當地家長支援團體或社區組織。

- 如果您住在波特維爾發展中心、峽谷泉或 STAR 之家，您還可以獲得州發展障礙委員會的協助：
 - 峽谷泉、沙漠之星、南之星 (760) 770-0651
 - 波特維爾和中央 STAR (559) 782-2431
 - 總部 (408) 834-2458
 - [網址：cdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/](https://cdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/)。

使用下面的二維碼或連結可以找到「上訴資訊包」。該資料包提供了有關上訴程序的更多資訊。



<https://bit.ly/DDSAppealInfoPacket>