

此表格用於對《蘭特曼法案》的資格和服務提出上訴。此表格不用於早期啟蒙或供應商上訴。

如何提起上訴：

- 提出上訴的最快方式是透過發展服務部 (DDS) 網站以電子方式提交：<https://bit.ly/DDSAppealForm>

提交申訴的其他方式：

- 您可以透過電子郵件將所附表格發送至 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

上訴時限：

您必須按時提交上訴申請。所有上訴申請必須在您收到《行動通知》(NOA) 或《誠信信念函》(GFBL) 之日起 60 天內郵遞或由 DDS 收到。有兩個截止日期。

- 第一個截止日期是，如果您想在上訴期間保持現有服務不變：
 - 您的申請必須在您收到 NOA 或 GFBL 後 30 天內郵遞或由 DDS 收到，並且在行動發生之前。
 - 上訴期間保留您目前的服務稱為支付援助款待定。
- 第二個截止日期是，如果您的上訴申請在您收到 NOA 或 GFBL 後 31 到 60 天內郵遞或由 DDS 收到。在 31 至 60 天內提出的上訴將被處理，但不會批准支付援助待定。

從哪裡取得上訴協助：

- 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：
 - 北加州請撥 (800) 390-7032，南加州請撥 (866) 833-6712，或者
 - [在這裡找到您所在區域中心的客戶權利倡導者](#)。
- 監察員辦公室電話：(877) 658-9731 或電子郵件：ombudsperson@dds.ca.gov，或 [在線](#)。
 - 如果您參加了自決計劃，請發送電子郵件至 sdp.ombudsperson@dds.ca.gov 或者您可以去 [在線](#)。
- 加州發育障礙委員會 (SCDD)。若要尋找您當地的 SCDD 辦事處，請選擇此網頁頂部的「區域辦事處」：www.scdd.ca.gov 然後選擇您的區域。您也可以撥打 (833) 818-9886 聯絡。
- 加州殘障權利 (DRC)，電話：
 - 1-800-776-5746，TTY 號碼為 1-800-719-5798，或您可以填寫 [DRC 的線上受理表格](#)。
 - DRC 開放時間為週一、週二、週四和週五上午 9:00 至下午 3:00
- 您也可以從家庭資源中心獲得協助網址：<https://frcna.org/get-connected/>。
- 您的區域中心可能會幫助您找到可以幫助您的當地家長支持團體或社區組織。

使用二維碼或連結可以找到「上訴資訊包」。
他們提供了有關上訴過程的更多資訊。



<https://bit.ly/AppealInfoPacket>

*此次上訴與哪個區域中心有關？

接受或尋求區域中心服務的人員的資訊：

*名字： *姓氏： *出生日期： 唯一客戶識別碼 (UCI)

*街道地址： 公寓號碼：

*城市： *郵遞區號：

主要電話號碼： 主要電話號碼類型： 簡訊可以嗎？
手機 住宅 工作 是 否
(可能收取數據費用)

輔助電話號碼： 輔助電話號碼類型： 簡訊可以嗎？
手機 住宅 工作 是 否
(可能收取數據費用)

電子郵件地址：

*您希望我們如何聯絡您？ 電話 電子郵件 簡訊

*您喜歡什麼語言？ *您是否需要翻譯員？ 是 否

如果您要為其他人提出上訴，請在此處提供您的資訊：

名字： 姓氏：

與上訴人的關係：
未成年子女的父母 保護人 監護人
家屬 法律倡導者 其他：
授權代表 律師

街道地址： 公寓號碼：

城市： 郵遞區號：

主要電話號碼： 主要電話號碼類型： 簡訊可以嗎？
手機 住宅 工作 是 否
(可能收取數據費用)

輔助電話號碼： 輔助電話號碼類型： 簡訊可以嗎？
手機 住宅 工作 是 否
(可能收取數據費用)

電子郵件地址：

您希望我們如何聯絡您？ 電話 電子郵件 簡訊

您喜歡什麼語言？ 您是否需要翻譯員？ 是 否

機密客戶資訊、《加州福利與機構法則》第 4514 條和第 5328 條、《健康保險可攜性和責任法案》

您為什麼申請上訴？

*您是否收到了區域中心寄來的您想要上訴的文件？

行動通知 (NOA)

誠信信念函 (GFBL)

兩者都不

如果您收到了 NOA，那麼您是在什麼日期收到的？

*區域中心建議採取的行動：

(勾選所有適用選項)

資格被拒絕：	區域中心通知您，您不符合 蘭特曼法案下的區域中心服務。(這不適用於早期啟蒙資格)。
資格終止：	您目前正在接受區域中心的服務，並且您已收到通知，告知您不再符合資格。這可能是因為您被重新評估並被確定為不符合區域中心服務的資格。
拒絕服務：	您請求了一項新服務，但該請求被您的區域中心拒絕。
服務減少：	您所在的區域中心已通知您，您將獲得少於目前服務的服務。
服務終止：	您所在的區域中心已通知您，您將不再獲得一項或多項目前服務。

區域中心行動的擬議生效日期是什麼？

*本次上訴的理由：

您希望如何嘗試解決您的上訴？

上訴程序分為三個部分。您可以使用這些部件中的一個或多個。如果您無法使用一個部分解決分歧，您可以稍後決定使用其他部分。

***從下面選擇您想要使用的部分：**

注：如果您選擇下面的視頻，則必須提供電子郵件地址。

非正式會議	您與區域中心主任或其選擇的人員會面。您和區域中心將嘗試解決您的上訴。 我希望我的非正式會議採用以下方式： 親自； 透過視訊；和/或 透過電話
調解	您和區域中心與調解員進行會議。調解員不為區域中心或 DDS 工作。調解員幫助您和區域中心就您的上訴事項達成協議。 我希望我的調解採用以下方式： 親自； 透過視訊；和/或 透過電話
聽證會	您的聽證會由聽證官主持。聽證官不為區域中心或 DDS 工作。聽證官會聽取您和區域中心提供的信息，並幫助您陳述事實。然後，聽證官會對您的上訴申請中的問題做出決定。 我希望我的聽證會採用以下方式： 親自； 透過視訊；和/或 透過電話

不可使用的日期/時間：

請寫下未來 90 天內您無法參加的任何日期和時間，以便您的非正式會議、調解或聽證會不會安排在那些日期和時間：

簽名部分：

提交此表格的人必須在下面的空格處簽名並註明日期。您可以用墨水或電子方式簽署此表格。輸入您的姓名，您同意您已以電子方式簽署此表格。

***簽名：**

***工整書寫姓名：**

***簽署日期：**

***如果您想授權某人代表您上訴，或您代表另一位成年人上訴，請填寫所附的代表授權表。**

您的上訴過程中的權利已在您的 NOA 或 GFBL 中列出，並且可在此處找到：

<https://www.dds.ca.gov/wp-content/uploads/2023/03/Appeal-Rights-March-2023-1.pdf>

機密客戶資訊、《加州福利與機構法則》第 4514 條和第 5328 條、《健康保險可攜性和責任法案》