

Պարտադիր դաշտեր**Ամսաթիվ՝*****Ո՞ր տարածաշրջանային կենտրոնն է տրամադրում այս NOA-ը:**Հաճախորդի հատուկ
նույնականացուցիչ (UCI), եթե կա**Սպառող կամ Դիմորդ.*****Անուն՝*****Ազգանուն՝*****Ծննդյան ամսաթիվ՝*****Հիմնական հեռախոսահամար՝****Երկրորդական հեռախոսահամար՝*****Էլ. հասցե՝*****Փողոցի հասցե՝****Բնակարանի համար՝*****Քաղաք՝*****Փոստային ինդեքս՝**

***Արդյոք Սպառողը կամ Դիմորդը Medicaid-ի Տան և համայնքի հիման վրա գործող ծառայությունների հրաժարագրի մասնակից է:**
(Նշեք մեկը) ☐ Այո ☐ Ոչ

Լիազորված ներկայացուցչի անունը՝ (Եթե կիրառելի է)**Անուն՝****Ազգանուն՝****Հարաբերությունը պահանջատիրոջ հետ՝****Հիմնական հեռախոսահամար՝****Երկրորդական հեռախոսահամար՝****Էլ. հասցե՝**

***Տարածաշրջանային կենտրոնի առաջարկվող գործողություն(ներ)ը (եթե առաջարկվում է մեկից ավելի գործողություն, նշեք բոլոր համապատասխան տարբերակները):**

- ☐ Իրավասության մերժում
☐ Իրավասության դադարեցում
☐ Ծառայության մերժում
☐ Ծառայության կրճատում
☐ Ծառայության դադարեցում

***Առաջարկվող գործողության(գործողությունների) իրականացման ամսաթիվը՝**

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և
հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության
փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք:

***Առաջարկվող գործողություն(ներ)՝**

***Առաջարկվող գործողության(գործողությունների) պատճառը՝**

***Առաջարկվող գործողության (գործողությունների) աջակցող փաստեր և օրենքներ՝**

Խնդրում ենք դիտել հետևյալ էջը Ձեր ընտրանքների, այս որոշում(ներ)ը բողոքարկելու
եղանակների և օգնություն ստանալու մասին իմանալու համար

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և
հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության
փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք:

ՁԵՐ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Եթե Դուք համաձայն եք Ձեր Գործողության ծանուցման (NOA) առաջարկված որոշման հետ, ապա Ձեզ ոչինչ անել պետք չէ:

Եթե Դուք համաձայն չեք այս NOA-ի մեջ առաջարկված որոշման հետ, ապա ունեք բողոքարկման իրավունք: Բողոքարկումը Ձեր տարածաշրջանային կենտրոնի հետ անհամաձայնությունը լուծելու միջոց է: Բողոքարկման հարցումները ուղարկվում են Չարգացման ծառայությունների բաժանմունք (DDS):

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔԱՐԿԵԼ

- Դուք կարող եք բողոքարկման հայտի ձևը ներկայացնել Էլեկտրոնային եղանակով DDS կայքում՝ <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- Դուք կարող եք կցված ձևն ուղարկել Էլեկտրոնային փոստով հետևյալ հասցեին՝ AppealRequest@dds.ca.gov
- Դուք կարող եք ուղարկել կցված ձևը փոստով հետևյալ հասցեով՝ 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- Դուք կարող եք ուղարկել կցված ձևը ֆաքսով հետևյալ համարին՝ 916-654-3641

Դուք պետք է ժամանակին ներկայացնեք Ձեր բողոքարկման դիմումը: Կան երկու վերջնաժամկետներ:

- Առաջին վերջնաժամկետն այն ժամանակի համար է, երբ ցանկանում եք Ձեր ընթացիկ ծառայությունները նույնը պահել բողոքարկման ընթացքում:
- Ձեր հարցումը պետք է փոստային դրոշմակնիքով նշված կամ ստացված լինի DDS-ի կողմից ոչ ուշ քան Ձեր NOA-ն ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում և մինչև գործողության իրականացումը:
- Ձեր ընթացիկ ծառայությունները բողոքարկման ընթացքում պահպանելը կոչվում է «Օգնության վճարը գործընթացի մեջ է»:
- Երկրորդ վերջնաժամկետը վերաբերում է բոլոր մյուս բողոքարկման հարցումներին: Եթե Ձեր բողոքարկման դիմումը ներկայացվում է Ձեր NOA-ը ստանալուց հետո 31-ից 60 օրվա ընթացքում, տարածաշրջանային կենտրոնի որոշումն ուժի մեջ կմտնի մինչև Ձեր բողոքարկումը շարունակվում է: Բողոքարկման դիմումները պետք է փոստային դրոշմակնիքով նշված կամ ստացված լինեն DDS-ի կողմից ոչ ուշ քան այս NOA-ը ստանալու օրվանից 60 օրվա ընթացքում:

ՈՐՏԵՂԻՑ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼ

Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Ձեր բողոքարկման դիմումի համար: Մարդիկ, ով կարող են օգնել Ձեզ՝

- Ձեր ծառայության համակարգողը կամ տարածաշրջանային կենտրոնի այլ աշխատակիցներ, եթե Դուք նրանց ինդերեք:
- Ձեր՝ հաճախորդների իրավունքների պաշտպանը (CRA)՝
 - (800) 390-7032՝ Զյուսիսային Կալիֆորնիայի համար, կամ
 - (866) 833-6712՝ Զարավային Կալիֆորնիայի համար, կամ
 - Գտեք Ձեր տարածաշրջանային կենտրոնի հաճախորդների իրավունքների պաշտպանին այստեղ՝ www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links
- [Օմբուդսմենի](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) գրասենյակներ՝ (877) 658-9731 կամ ombudsperson@dds.ca.gov: Եթե Դուք մասնակցում եք Ինքնորոշման ծրագրին, ապա փոխարենն ուղարկեք Էլ. Նամակ sdp.ombudsperson@dds.ca.gov հասցեին:
- Դուք կարող եք նաև օգնություն ստանալ Ընտանեկան ռեսուրսների կենտրոնից՝ <https://frcnca.org/get-connected/>:

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք:

- Ձեր տարածաշրջանային կենտրոնը կարող է օգնել Ձեզ գտնել տեղական ծնողական աջակցության խումբ կամ համայնքի վրա հիմնված կազմակերպություն, որը կարող է աջակցել Ձեզ:
- Եթե Դուք ապրում եք Porterville Developmental Center-ում, Canyon Springs-ում կամ STAR Home-ում, Դուք նույնպես կարող եք օգնություն ստանալ Չարգացման հաշմանդամությունների նահանգային խորհրդից:
 - Can yon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville and Central STAR (559) 782-2431
 - Գլխամասային գրասենյակ (408) 834-2458
 - scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/:

«Բողոքարկման տեղեկատվական փաթեթը» կարելի է գտնել ստորև ներկայացված QR կոդի կամ հղման միջոցով: Փաթեթը տրամադրում է լրացուցիչ տեղեկատվություն բողոքարկման գործընթացի մասին:



<https://bit.ly/DDSAppealInfoPacket>

Հաճախորդի մասին գաղտնի տեղեկատվություն, Կալիֆորնիայի Բարեկեցության և հիմնարկների օրենսգրքի Բաժիններ 4514 և 5328, Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք: