

Բողոքարկման դիմումի ձև

DS 1821 (Armenian) (Rev. 03/2023)

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔԱՐԿԵԼ

- Դուք կարող եք էլեկտրոնային եղանակով ներկայացնել ձևը DDS կայքում՝ <https://bit.ly/DDSAppealForm>
- Դուք կարող եք կցված ձևն ուղարկել էլեկտրոնային փոստով հետևյալ հասցեին՝ AppealRequest@dds.ca.gov
- Կարող եք կցված ձևը փոստով ուղարկել 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 վերջնաժամկետը վերաբերում է այն դեպքերին, երբ բողոքարկման ընթացքում դուք ցանկանում եք պահպանել ձեր ներկայիս ծառայությունները նույնը.
 - 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 դիմումներին: 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 լինի DDS-ի կողմից ոչ ուշ քան Ձեր NOA-ը կամ Բարեհաճ հավատքի նամակը ստանալու ամսաթվից 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 խնդրեք:
- Ձեր՝ հաճախորդների իրավունքների պաշտպանը (CRA)՝
 - (800) 390-7032՝ Հյուսիսային Կալիֆորնիայի համար, կամ
 - (866) 833-6712՝ Հարավային 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
- [Օմբուսմանի](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) գրասենյակներ՝ (877) 658-9731 հեռախոսահամարով կամ ombudsperson@dds.ca.gov էլեկտրոնային հասցեով: 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/>:
- 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:
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville և Central STAR (559) 782-2431

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

- Գլխամասային գրասենյակ (408) 834-2458
- <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

«Բողոքարկման տեղեկատվական փաթեթը» կարող եք գտնել QR կոդի կամ հղման միջոցով: Նրանք լրացուցիչ տեղեկություններ են տրամադրում բողոքարկման գործընթացի վերաբերյալ:	 https://bit.ly/AppealsHome
--	--

Այս բողոքարկման դիմումը վերաբերում է հետևյալ անձին.

* Պարտադիր դաշտեր

*Անուն՝

*Ազգանուն՝

*Ծննդյան ամսաթիվ՝

Հաճախորդի հատուկ
նույնականացուցիչ (UCI), եթե կա՝

*Փողոցի հասցե՝

Բնակարանի համար՝

*Քաղաք՝

*Փոստային կոդ՝

***Ձեզ հետ կապ հաստատելու համար անհրաժեշտ է ընտրել առնվազն մեկ եղանակ:
Էլեկտրոնային հասցե տրամադրելն օգնում է մեզ ավելի արագ սպասարկել Ձեզ:**

Հիմնական հեռախոսահամար՝

Երկրորդական հեռախոսահամար՝

Էլ. հասցե՝

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

*Ինչպե՞ս եք նախընտրում, որ մենք կապվենք Ձեզ հետ: Ընտրեք մեկ տարբերակ:

*Ո՞ր տարածաշրջանային կենտրոնի մասին է այս բողոքարկումը: Ընտրեք մեկ տարբերակ:

*Ձեզ թարգմանիչ անհրաժեշտ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

*Ի՞նչ լեզու եք նախընտրում: Ընտրեք մեկ տարբերակ:

***Բողոքարկման գործընթացն ունի երեք մաս: Կարող եք օգտագործել այս մասերից մեկը կամ մի քանիսը: Եթե Դուք չեք լուծում Ձեր անհամաձայնությունն՝ օգտագործելով մեկ մասը, կարող եք որոշել ավելի ուշ օգտագործել մյուս մասերը: **Ստորև ընտրեք այն մասերը, որոնք ցանկանում եք օգտագործել: Նշում.** Եթե ընտրեք ստորև նշված տեսանյութը, պետք է տրամադրեք Էլեկտրոնային փոստի հասցե:**

☐ **Ոչ պաշտոնական հանդիպում**

Դուք հանդիպում եք տարածաշրջանային կենտրոնի տնօրենի կամ նրա կողմից ընտրված մեկի հետ: Դուք և տարածաշրջանային կենտրոնը կփորձեք լուծել Ձեր բողոքարկումը:

Ես ուզում եմ, որ իմ ոչ պաշտոնական հանդիպումը լինի.

☐ Անձամբ; ☐ տեսազանգի միջոցով; և/կամ ☐ հեռախոսով

☐ **Միջնորդություն**

Դուք և տարածաշրջանային կենտրոնը հանդիպում եք հաշտարարի հետ: Հաշտարարն անաչառ անձնավորություն է: Հաշտարարը կօգնի Ձեզ և տարածաշրջանային կենտրոնին համաձայնության գալ Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ:

Ես ուզում եմ, որ իմ միջնորդությունը լինի.

☐ Անձամբ; ☐ տեսազանգի միջոցով; և/կամ ☐ հեռախոսով

☐ **Լսումներ**

Ձեր լսումը Լսումների պաշտոնյայի մոտ է: Լսումների պաշտոնյան լսում է Ձեզանից և տարածաշրջանային կենտրոնից ստացված տեղեկատվությունը: Լսումների պաշտոնյան կօգնի Ձեզ բացահայտել Ձեր փաստերը: Լսումների պաշտոնյան լսումները դարձնում է արդար և ոչ պաշտոնական: Այնուհետև լսումների պաշտոնյան որոշում է կայացնում Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ:

Ես ուզում եմ, որ իմ լսումը լինի.

☐ Անձամբ; ☐ տեսազանգի միջոցով; և/կամ ☐ հեռախոսով

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

*Դուք ստացել եք տարածքային կենտրոնից որևէ փաստաթուղթ, որը ցանկանում եք բողոքարկել:
Եթե այո, Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Եթե Դուք ստացել եք Գործողության մասին ծանուցում (NOA), ապա ե՞րբ եք այն ստացել:
Սեղմեք կամ հպեք՝ ամսաթիվ մուտքագրելու համար:

Դուք կարծո՞ւմ եք, որ իրավասու եք պահպանել Ձեր ներկայիս ծառայությունները: Սա կոչվում է
«օգնություն վճարը գործընթացի մեջ է»:

☐ Այո ☐ Ոչ

*Տարածաշրջանային կենտրոնի կողմից առաջարկվող գործողությունը (նշեք բոլոր համապատասխան տարբերակները).

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

Ո՞րն է տարածաշրջանային կենտրոնի գործողության ուժի մեջ մտնելու առաջարկվող ամսաթիվը:
Սեղմեք կամ հպեք՝ ամսաթիվ մուտքագրելու համար:

***Այս բողոքարկման պատճառ(ներ)ը.**

Հայցողի անունը (եթե այս դիմումը ներկայացնող անձն այն անձը չէ, որի համար նախատեսված է այս բողոքարկման դիմումը)

Անուն՝

Ազգանուն՝

Անձի հետ հարաբերությունը, ում համար նախատեսված է բողոքարկումը՝

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Փողոցի հասցե՝

Բնակարանի համար՝

Քաղաք՝

Փոստային ինդեքս՝

Հիմնական հեռախոսահամար՝

Երկրորդական հեռախոսահամար՝

Էլ. հասցե՝

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Եթե բջջային հեռախոս է, ցանկանո՞ւմ եք ստանալ տեքստային հաղորդագրություններ:

☐ Ոչ ☐ Այո (Տվյալների սակագները կարող են կիրառվել)

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

Հայցողի ստորագրությունը՝

Ամսաթիվ՝

Դուք պետք է ստորագրեք և թվագրեք վերևում գտնվող տարածքում: Սա կարող է ստորագրվել թանաքով կամ էլեկտրոնային եղանակով: Ձեր անունը մուտքագրելով՝ դուք համաձայնում եք, որ էլեկտրոնային ստորագրությունն եք դրել այս ձևի վրա:

Լրացրեք այս բաժինը միայն այն դեպքում, եթե ունեք լիազորված ներկայացուցիչ:

Ես, ում համար ներկայացվում է այս բողոքարկումը, լիազորում եմ հետևյալ անձին ներկայացնել ինձ այս բողոքարկման ընթացքում.

Անուն՝

Ազգանուն՝

Անձի հետ հարաբերությունը, ում համար նախատեսված է բողոքարկումը՝

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Փողոցի հասցե՝

Բնակարանի համար՝

Քաղաք՝

Փոստային ինդեքս՝

Հիմնական հեռախոսահամար՝

Երկրորդական հեռախոսահամար՝

Էլ. հասցե՝

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Ընտրեք մեկ տարբերակ:

Եթե բջջային հեռախոս է, ցանկանում եք ստանալ տեքստային հաղորդագրություններ:

☐ Ոչ ☐ Այո (Տվյալների սակագները կարող են կիրառվել)

Անձի ստորագրությունը, ում համար նախատեսված է բողոքարկումը՝

Ամսաթիվ՝

Սեղմեք կամ հպեք՝ ամսաթիվ մուտքագրելու համար:

Դուք պետք է ստորագրեք և թվագրեք վերևում գտնվող տարածքում: Սա կարող է ստորագրվել թանաքով կամ Էլեկտրոնային եղանակով: Ձեր անունը մուտքագրելով՝ դուք համաձայնում եք, որ Էլեկտրոնային ստորագրություն եք դրել այս ձևի վրա:

ԱՄՍԱԹԻՎՆԵՐ/ԺԱՄԵՐ, ԵՐԲ ՀԱՍԱՆԵԼԻ ՉԵՔ

Խնդրում ենք գրել այն ամսաթվերն ու ժամերը, երբ Դուք հասանելի չեք լինի հաջորդ 90 օրվա ընթացքում, որպեսզի Ձեր ոչ պաշտոնական հանդիպումը, միջնորդությունը կամ լսումը չնշանակվի այդ ամսաթվերին և ժամերին:

*Այս բողոքարկման դիմումը ներկայացնող անձի, կամ
Լիազորված ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

*Ամսաթիվ՝

Դուք պետք է ստորագրեք և թվագրեք վերևում գտնվող տարածքում: Սա կարող է ստորագրվել
թանաքով կամ էլեկտրոնային եղանակով: Ձեր անունը մուտքագրելով՝ դուք համաձայնում եք, որ
էլեկտրոնային ստորագրությունն եք դրել այս ձևի վրա:

**Բողոքարկման գործընթացի ընթացքում Ձեր իրավունքները տրամադրվել են Ձեր NOA-ի հետ:
Այդ իրավունքները նույնպես նշված են այստեղ՝**

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