

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

DS 1821 (Rev. 03/2023)

CÓMO APELAR

- Puede presentar el formulario electrónicamente en el sitio web del Departamento de Servicios de Desarrollo: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/fair-hearings-complaint-process/>.
- Puede enviar el formulario adjunto por correo electrónico a AppealRequest@dds.ca.gov.
- Puede enviar el formulario adjunto por correo postal a 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814.
- Puede enviar el formulario adjunto por fax al 916-654-3641.

Debe presentar su solicitud de apelación a tiempo. Hay dos plazos.

- El primer plazo es en caso de que desee mantener sus servicios actuales durante la apelación:
 - Su solicitud debe ser matasellada o recibida por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 30 días después de recibir su NOA y antes de que se lleve a cabo la acción.
 - Mantener sus servicios actuales durante una apelación se denomina ayuda pagada pendiente.
- El segundo plazo es para todas las demás solicitudes de apelación. Si su solicitud de apelación se presenta entre 31 y 60 días después de recibir su NOA, la decisión del centro regional se producirá mientras su apelación continúa. Las solicitudes de apelación deben ser mataselladas o recibidas por el Departamento de Servicios de Desarrollo a más tardar 60 días después de la fecha en que usted recibió el NOA o la Carta de intención.

DÓNDE OBTENER AYUDA

Puede obtener ayuda con su solicitud de apelación. Puede obtener ayuda de las siguientes fuentes:

- Su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.
- Su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
 - (800) 390-7032 para el norte de California,
 - (866) 833-6712 para el sur de California, o
 - encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional: <https://www.disabilityrightsca.org/what-we-do/programs/office-of-clients-rights-advocacy-ocra/ocra-staff-links>.
- Las [Oficinas de Defensoría del Pueblo](#): (877) 658-9731 o ombudsperson@dds.ca.gov. Si está en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a sdp.ombudsperson@dds.ca.gov.
- También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Su centro regional puede ayudarle a encontrar un grupo local de apoyo a los padres o una organización comunitaria que pueda ayudarle.
- Si usted vive en Centro de Desarrollo de Porterville, Canyon Springs o un hogar STAR, también puede obtener ayuda del Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo:
 - Canyon Springs, Desert STAR, South STAR (760) 770-0651
 - Porterville y Central STAR (559) 782-2431
 - Sede central (408) 834-2458
 - <https://scdd.ca.gov/clientsrightsadvocates/>

Puede encontrar el "Paquete informativo de recursos" utilizando el código QR o el enlace. Proporciona información adicional sobre el proceso de apelación.



<https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/infopacket.pdf>

Esta solicitud de apelación es para la siguiente persona:

* Campos obligatorios

*Nombre:

*Apellido:

*Fecha de nacimiento:

Identificador único de cliente (UCI), si corresponde:

*Dirección:

Número de departamento:

*Ciudad:

*Código postal:

* Se requiere un método para ponerse en contacto con usted.

Número de teléfono principal:

Número de teléfono secundario

Dirección de correo electrónico:

Si es un teléfono móvil, ¿desea recibir mensajes de texto? ☐ No ☐ Sí (Pueden aplicarse tarifas de datos).

* ¿De qué centro regional trata esta apelación?

* ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

* ¿Qué idioma prefiere? Elija una opción

* El proceso de apelación tiene tres partes. Puede recurrir a una o a varias de estas partes. Si no soluciona su problema al recurrir a una parte, puede decidir usar otras. **Elija a continuación las partes que desea.** **Nota:** Si selecciona la opción de video a continuación, deberá brindar una dirección de correo electrónico.

☐ **Reunión informal**

Se reúne con el director del centro regional o con la persona que ellos elijan. Usted y el centro regional intentarán resolver su apelación.

Quiero que mi reunión informal sea:

☐ en persona; ☐ por video; y/o ☐ por teléfono

☐ **Mediación**

Usted y el centro regional se reúnen con un mediador. El mediador es una persona imparcial. El mediador le ayuda a usted y al centro regional a llegar a un acuerdo sobre su apelación.

Quiero que mi mediación sea:

☐ en persona; ☐ por video; y/o ☐ por teléfono

☐ **Audiencia**

Su audiencia es con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencia escucha su información y la del centro regional. El funcionario de audiencia le ayuda a exponer los hechos. También se encarga de que la audiencia se realice de forma justa e informal. Luego, el funcionario toma la decisión sobre su apelación.

Quiero que mi audiencia se:

☐ en persona; ☐ por video; y/o ☐ por teléfono

* ¿Recibió un documento del centro regional que desea apelar?

En caso afirmativo, Elija una opción

Si recibió un Aviso de acción (NOA), ¿en qué fecha lo recibió?

¿Cree que reúne los requisitos para conservar sus servicios actuales?

Esto se llama "ayuda pagada pendiente".

☐ Sí ☐ No

* Medida propuesta por el centro regional (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Denegación de elegibilidad

☐ Cese de la elegibilidad

☐ Denegación de servicio

☐ Reducción de servicio

☐ Cese de servicio

¿Cuál es la fecha de entrada en vigor propuesta para la acción del centro regional?

* **Motivo(s) de la apelación:**

Nombre del solicitante (si la persona que realiza esta solicitud no es la persona para la que se solicita esta apelación)

Nombre:

Apellido:

Relación con la persona para la que se solicita la apelación:

Dirección:

Número de departamento:

Ciudad:

Código postal:

Número de teléfono principal:

Número de teléfono secundario: Dirección de correo electrónico:

Si es un teléfono móvil, ¿desea recibir mensajes de texto? ☐ No ☐ Sí (Pueden aplicarse tarifas de datos).

Firma del solicitante:

Fecha:

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA EL REPRESENTANTE

Complete esta sección únicamente si tiene un representante autorizado.**Yo, la persona para la que se presenta esta apelación, autorizo a la siguiente persona a representarme en esta apelación:**

Nombre:

Apellido:

Relación con la persona
para la que se solicita la apelación:

Dirección:

Número de departamento:

Ciudad:

Código postal:

Número de teléfono principal:

Número de teléfono secundario:

Dirección de correo electrónico:

Si es un teléfono móvil, ¿desea recibir mensajes de texto? ☐ No ☐ Sí (Pueden aplicarse tarifas de datos).

Firma de la persona para la que se realiza la apelación:

Fecha:

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

FECHAS/HORAS NO DISPONIBLES

Escriba las fechas y horas en las que no estará disponible en los próximos 90 días para que su reunión informal, mediación o audiencia no se programe durante esas fechas y horas:

* Firma de la persona que presenta esta solicitud de apelación, o del representante autorizado:

* Fecha:

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

Sus derechos durante el proceso de apelación se le proporcionaron con su NOA. Esos derechos también se enumeran aquí: <https://www.dds.ca.gov/general/appeals-complaints-comments/appealrights.pdf>