Նահանգային արդար լսումների մասին ծանուցում. Այս որոշումը բողոքարկելու Ձեր իրավունքը

Եթե Դուք դժգոհ եք կից ծանուցման մեջ նկարագրված գործողությունից, կարող եք Նահանգային արդար լսումներ խնդրել Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքի Վարչական իրավունքի դատավորի առջև: Այս լսումները կանցկացվեն ոչ պաշտոնական եղանակով՝ ապահովելու համար, որ բոլոր ներկաները կարողանան ազատորեն խոսել: Եթե որոշեք լսում խնդրել, ապա դա պետք է հիմնականում անեք կից Ծանուցման ամսաթվից հետո **90 օրվա** ընթացքում:

Եթե Դուք լսումներ եք խնդրում մինչև գործողության ուժի մեջ մտնելը, Ձեր ծառայությունները կարող են շարունակվել անփոփոխ՝ որոշակի հանգամանքներում, մինչև լսումները կամ մինչև լսումների որոշում ստանալը:

Նահանգային լսումների համար դիմելուց հետո, Ձեր գործի վերաբերյալ որոշում կայացնելու և Ձեզ պատասխան ուղարկելու համար կարող է պահանջվել մինչև 90 օր: Եթե կարծում եք, որ 90 օր սպասելը կվնասի Ձեր առողջությանը, կարող եք դիմել Արագացված լսումների համար: Եթե Նահանգային լսումների բաժինը հաստատի Արագացված լսումների Ձեր խնդրանքը, Դուք կարող եք լսումների վերաբերյալ որոշում ստանալ Ձեր գործի նյութերը ստանալուց հետո երեք օրվա ընթացքում:

Դուք կարող եք դիմել Արագացված լսումների համար՝ զանգահարելով Նահանգային լսումների բաժին կամ կարող եք նամակ ուղարկել Նահանգային լսումների բաժին: Դուք պետք է բացատրեք, թե ինչպես կարող է որոշման կայացմանը մինչև 90 օր սպասելը վնասել Ձեր կյանքին, առողջությանը կամ առավելագույն ֆունկցիոնալություն ձեռք բերելու կամ պահպանելու ունակությանը: Դուք կարող եք նաև նամակ ստանալ Ձեր բժշկից, որում կներկայացվի, թե ինչու է Ձեզ անհրաժեշտ Արագացված լսում:

Ներկայացուցչություն

Դուք կարող եք ներկայացնել Ձեզ Նահանգային արդար լսումների ժամանակ: Ձեզ կարող է ներկայացնել նաև ընկերը, փաստաբանը կամ որևէ այլ անձ, բայց Դուք պետք է ինքներդ ներկայացուցիչ գտնեք: Դուք կարող եք օգնություն ստանալ անվճար իրավաբանական օգնություն գտնելու հարցում՝ զանգահարելով Հանրային հարցումների և արձագանքի անվճար հեռախոսահամարով՝ **1-800-952-5253:**

Ինչպես դիմել Նահանգային արդար լսումների համար

Դուք կարող եք գրավոր դիմել լսումների համար: Դուք կարող եք օգտագործել այս հայտարարությանը կից ձևը: Եթե չեք օգտագործում այս ձևը, համոզվեք, որ տրամադրել եք Ձեր ԱՆՈՒՆԸ, ՀԱՍՑԵՆ և ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ, ինչպես նաև այն ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, որին համաձայն չեք: Խնդրում ենք նշել, որ գործողությունը ներառում է MSSP ՆՊԱՍՏՆԵՐ, և եթե լսումների ժամանակ Ձեզ անհրաժեշտ է ԹԱՐԳՄԱՆԻՉ, նշեք լեզուն և բարբառը: Ուղարկեք Ձեր խնդրանքը հետևյալ հասցեով՝

Հասցե՝ California Department of Social Services
State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 21-37
Sacramento, CA 95814-2430

Ֆաքս՝ (833) 281-0905
Էլ.հասցե՝ SHDCSU@DSS.ca.gov

Առցանց՝acms.dss.ca.gov
Սեղմեք «Ստեղծել հաշիվ»՝ ACMS հաշիվ ունենալու և փաստաթղթերն առցանց ստանալու համար, կամ սեղմեք «Ներկայացնել բողոքարկում առանց հաշվի»՝ առանց հաշվի դիմելու համար:

Անվճար հեռախոսահամար՝ 1-800-952-5253
TDD խուլերի համար՝ 1-800-952-8349