Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ОБ УСЛУГАХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬЯМ

INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PILOT
SERVICE AGREEMENT

ИМЯ КЛИЕНТА	НОМЕР ДЕЛА В ОТДЕЛЕ DDD
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О КРИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	
СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ (ВКЛЮЧАЯ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ, ОБЛАСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ/СПОСОБНОСТИ)	
НЕОБХОДИМАЯ/ТРЕБУЕМАЯ ПОМОЩЬ	
ПРЕДЛАГАЕМЫЕ УСЛУГИ	
ПЛАН НАБЛЮДЕНИЯ (УКАЖИТЕ, КТО, КАКИМ ОБРАЗОМ И КАК ЧАСТО ВЕДЕТ НАБЛЮДЕНИЕ, КАК ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ОТЧЕТ)	
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ДРУГИЕ УЧАСТНИКИ	
ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО	ДАТА

ВАШИ ПРАВА НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Для того чтобы подать запрос на проведение административного слушания для обжалования этого решения, у вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления.

- Если вы в настоящее время получаете данную платную услугу от отдела DDD и желаете продолжить ее получение на время процедуры обжалования. вы должны подать запрос на проведение административного слушания до _____
- Если вы решите продолжить получение данной платной услуги, а окончательное решение подтвердит решение департамента, возможно, вам придется выплатить компенсацию за получение платных услуг за период до 60 дней.
- Если вы не хотите продолжать получение своих платных услуг, свяжитесь с:

_____ по тел. _____

МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ / РАСПОРЯДИТЕЛЬ РЕСУРСОВ — НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Вы имеете следующие права:

1. Использовать представителя на слушании (возможно, вы имеете право на бесплатную ю ридическую помощь);
2. Запрашивать копию своих документов и всю информацию, рассматриваемую отделом DDD при вынесении решения;
3. Представлять документы в качестве доказательств;
4. Давать показания в ходе слушания и представлять свидетелей для дачи показаний от вашего имени; и
5. Подвергать перекрестному допросу свидетелей, дающих показания в пользу департамента.

Форма запроса на проведение административного слушания прилагается.

ВОПРОСЫ

Если у вас есть вопросы по данному решению или по процедуре обжалования, пожалуйста, свяжитесь с

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ОБ УСЛУГАХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬЯМ ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

В соответствии с главой 388-02 правил проведения слушаний DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME	TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС: 360-586-6563

Я ходатайствую о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS):

- Кратко объясните, что было сделано или не сделано департаментом DSHS (добавить страницы, если не хватает места); и
- По возможности приложите копию уведомления, которое Вы обжалуете.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ
АДРЕС ЛИЦА, ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА) ☐ АВТООТВЕТЧИК

Я получил уведомление о решении: _____ от: _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ОФИСА DSHS

Я желаю получать постоянную помощь, если я имею на нее право: ☐ Да ☐ Нет Программа: _____

Меня представляет (если вы намерены представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС УЛИЦА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

☐ **Я разрешаю раскрывать моему представителю информацию, связанную с моим слушанием.**

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА

Требуются ли вам услуги переводчика либо другая помощь или приспособление при проведении слушания? ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите язык или необходимую помощь? _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону. Если вы предпочитаете личное слушание, следуйте указаниям, представленным в Уведомлении о слушании (Notice of Hearing), которое будет отправлено Вам Управлением административных слушаний (Office of Administrative Hearings, OAH).