

ՊԱՅԱՆՁԵԼ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՏՐԱՄԱԴՐՈՂԻ ԳՐԱՆՑՈՒՄԸ ՄԵՐԺԵԼՈՒ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

- Բողոքարկման մասին այս խնդրանքը պետք է ներկայացվի այն ծանուցագրի ամսաթվից վաթսուս (60) օրացուցային օրվա ընթացքում, որով Դուք տեղեկացվել եք, որ վարչաշրջանը մերժում է Ձեզ աշխատել որպես IHSS-ի տրամադրող:
- Լրացրեք եւ ստորագրեք այս ձեւի երկրորդ էջը:
- Ներկայացրեք վարչաշրջանի կողմից ստացված մերժման մասին ծանուցագրի պատճենը:
- Ներկայացրեք Ձեր բողոքարկման խնդրանքը հիմնավորող ցանկացած փաստաթղթեր: Կարող եք ներկայացնել, օրինակ, դատարանի կողմից հաստատված փաստաթղթեր:
- Կրկնօրինակեք այս էջի երեսի եւ ետեւի կողմերը, որպեսզի պահեք այն Ձեր համար:
- Այս էջն ուղարկեք հետեւյալ հասցեով.

California Department of Social Services
Policy and Litigation Branch, Litigation and Appeals Bureau
Attn: PEAU, MS 9-9-04
PO Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

- Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտի (CDSS) IHSS-ի տրամադրողների գրանցման բողոքարկումների գրասենյակը (*IHSS Provider Enrollment Appeals Unit - PEAU*) կվերանայի այս խնդրանքով ներկայացված տեղեկատվությունը (ներառյալ Ձեր կողմից տրամադրված եւ վարչաշրջանի/պետական մարմնի/շահույթ չհետապնդող կոնսորցիումի կողմից ներկայացված ողջ տեղեկատվությունը), որպեսզի որոշում կայացնի Ձեր իրավունակության մասին: Այս նյութերի վերանայումն ավարտելուց հետո, PEAU-ն որոշում կկայացնի Ձեր իրավունակության մասին:
- Եթե ունեք հարցեր, զանգահարեք CDSS PEAU-ին հետեւյալ հեռախոսահամարով՝ (916) 651-3488:

