

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication
DDD NUMBER:

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
طلب إلى قسم حالات اضطرابات النمو لتقرير الأهلية
REQUEST FOR DDD
ELIGIBILITY DETERMINATION



معلومات مقدم الطلب

رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الاسم الأوسط/الحرف الأول	الاسم الأول	لقب العائلة
----------------------	---------------	--------------------------	-------------	-------------

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------	---------------

عنوان المراسلات البريدية (إن كان مختلفاً)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
---	---------	---------	---------------	----------

رقم هاتف المنزل (متضمناً كود المنطقة)	أرقام الهاتف الأخرى (متضمنة كود المنطقة)	النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
---------------------------------------	--	---

الحالة الاجتماعية لمقدم الطلب	التعليم	المراسلة
<input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> لم يسبق له الزواج	<input type="checkbox"/> الصف الثامن أو أقل <input type="checkbox"/> الصفوف من 9 حتى 11 <input type="checkbox"/> المدرسة الثانوية <input type="checkbox"/> مدرسة فنية أو تجارية	<input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> المراسلة

هل لدى مقدم الطلب ممثل له؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، اذكر اسم هذا الشخص:

وضع الإقامة المعتاد لمقدم الطلب	دار رعاية	منزل خاص (مع آخرين)
<input type="checkbox"/> منزل عائلة بالغة <input type="checkbox"/> منزل رعاية أطفال <input type="checkbox"/> منزل جماعي <input type="checkbox"/> بدون مأوى <input type="checkbox"/> دار إصلاح <input type="checkbox"/> دار إقامة مرخص للعاملين	<input type="checkbox"/> منزل شخص آخر <input type="checkbox"/> منزل خاص (منفرد): <input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> بمعونة مالية <input type="checkbox"/> منزل خاص (الزوج/الشريك) <input type="checkbox"/> منزل خاص (مع الأطفال المعولين)	<input type="checkbox"/> منزل الوالد <input type="checkbox"/> منزل أحد الأقرباء <input type="checkbox"/> مؤسسة حكومية، نفسية <input type="checkbox"/> غير معروف

جهة الاتصال

العلاقة	الاسم
---------	-------

عنوان المراسلات البريدية	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
--------------------------	---------	---------	---------------

رقم هاتف المنزل (متضمناً كود المنطقة)	أرقام الهاتف الأخرى (متضمنة كود المنطقة)	الرمز البريدي
---------------------------------------	--	---------------

اتصال بريدي	نوع/دور العلاقة	العلاقة القانونية	هل يقيم مع مقدم الطلب
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

صف حالة الإعاقة والعمر التي تم ملاحظتها فيه.

توقيع مقدم الطلب البالغ	التاريخ
-------------------------	---------

توقيع الممثل	العلاقة القانونية	التاريخ
--------------	-------------------	---------

مصدر الدخل الشخصي لمقدم الطلب: علم على كل ما ينطبق عليك

- الضمان الاجتماعي
 دخل ضمان تكميلي (SSI)
 معونة عامة لغير القادرين على العمل ((GA-U))
 إعانة حكومية تكميلية
 المعونة المؤقتة للأسر الفقيرة (TANF)
 إدارة المحاربين القدامى
 مكتب الشؤون الهندية (BIA)
 تقاعد مصلحة السكك الحديدية
 صناديق ائتمانية
 دخل مكتسب
 خدمة مدنية
 لا شيء
 أخرى (حدد المصادر أدناه)

هل يتدرج مقدم الطلب تحت أي تغطية طبية؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، برجاء ذكر الاسم

هل تتلقى رعاية طبية؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم
 رقم الرعاية الطبية
 نوعها

أ. الرموز العرقية (علم أمام الرمز الصحيح)

- أبيض
 مواطن أمريكي أو من الأسكا
 الإسكيمو
 ألتي
 هندي أمريكي
 آسيوي
 هندي آسيوي
 كمبودي
 صيني
 فلبيني
 ياباني
 كوري
 لاوسي
 تایلندي
 فيتنامي
 ملون أو أمريكي أفريقي
 من مواطني جزر هاواي / إحدى الجزر
 الباسيفيكية الأخرى
 من جزيرة هاواي
 من جزيرة ساموا
 جواماتيان
 من إحدى الجزر الآسيوية الباسيفيكية الأخرى
 عرق آخر
 غير معلم
 هل المتقدم هسباني؟
 لا
 غير معلم
 نعم (إذا كانت الإجابة نعم، حدد)
 كوبي
 مكسيكي / أمريكي مكسيكي/شيكانو
 بورتوريكي
 جنسية أسبانية/هسبانية أخرى

اللغة الرئيسية يتحدث الإنجليزية لا محدود
 يفهم الإنجليزية نعم لا محدود
 في حاجة إلى مترجم نعم لا
 في حاجة إلى مترجم نعم لا
 في حاجة إلى خدمات الترجمة نعم لا

أ اسم آخر رئيسي ذو أهمية عنوان شارع المدينة الولاية الرمز البريدي

أرقام هاتفية عنوان بريدي نوع / دور العلاقة نوع/دور العلاقة القانونية هل يقيم مع مقدم الطلب؟

ب اسم آخر رئيسي ذو أهمية عنوان شارع المدينة الولاية الرمز البريدي

أرقام هاتفية عنوان بريدي نوع / دور العلاقة نوع/دور العلاقة القانونية هل يقيم مع مقدم الطلب؟

ج اسم آخر رئيسي ذو أهمية عنوان شارع المدينة الولاية الرمز البريدي

أرقام هاتفية عنوان بريدي نوع / دور العلاقة نوع/دور العلاقة القانونية هل يقيم مع مقدم الطلب؟

للأشخاص فوق عمر الثانية والعشرين

اسم برنامج المدرسة/اليوم تاريخ البدء

العنوان المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف

اسم منطقة المدرسة

تعليقات

طلب إلى قسم حالات اضطرابات النمو لتقرير الأهلية

إرشادات استكمال نموذج الطلب

معلومات مقدم الطلب

مقدم الطلب هو الشخص المطلوب من أجله إقرار قسم حالات اضطرابات النمو بأهليته. برجاء ملء هذا القسم بأكمله. إذا كان مقدم الطلب ليس لديه رقم هاتف، برجاء وضع لا شيء.

جهة الاتصال

جهة الاتصال هو الشخص الذي يمكنه الاتصال بمقدم الطلب أو منحنا معلومات الاتصال به في حالة ما تعذر علينا الوصول إليه. إذا لم يكن هناك ممثل قانوني لمقدم الطلب، يلزم ذكر اسم شخص آخر أو هينه محاماة بمقدورها تقديم المساعدة إذا كان مقدم الطلب مطلوباً لأغراض الإقامة التكميلية الضرورية (NSA)، إلا في حالة مطالبة مقدم الطلب كتابة بعدم إرسال إخطار لأي طرف آخر (القانون 388-825-100 WAC)

الممثل القانوني

يقصد بالممثل القانوني: والد طفل دون سن الثامنة عشر أو الوصي القانوني على شخص أو وصي محدود الصلاحيات على شخص عندما يتمتع هذا الوصي محدود الصلاحيات بسلطة تحول له البت في قرارات الرعاية الصحية أو المحامي القانوني للشخص أو محامي الشخص للأمر الواقعية (شخص له صلاحيات المحامي تم السماح له باتخاذ القرارات المعنية بالرعاية الصحية) أو أي شخص آخر يخول له القانون سلطة اتخاذ القرارات المعنية بالشخص موضوع الطلب.

وضع الإقامة المعتاد لمقدم الطلب

برجاء التعليم على المربع الذي يصف بدقة المكان الذي يقيم فيه مقدم الطلب.

صف حالة الإعاقة والعمر التي تم ملاحظتها فيه

إن الإجابات التي تقدمها على هذا السؤال من شأنها مساعدتنا على فهم نوع الإعاقة التي يعاني منها مقدم الطلب. إذا احتجت إلى مزيداً من المساحة للإجابة على هذا السؤال، برجاء استخدام ظهر هذا النموذج أو أي ورقة أخرى.

توقيع مقدم الطلب و/أو الممثل القانوني

إذا كان مقدم الطلب دون سن الثامنة عشر، يجب على والده أو الممثل القانوني له توقيع نموذج الطلب وتاريخه. إذا كان مقدم الطلب في سن الثامنة عشر أو أكثر، يجب على مقدم الطلب أو الممثل القانوني له توقيع نموذج الطلب وتاريخه.

مصادر دخل مقدم الطلب

برجاء التعليم على كل ما يتناسب مع مقدم الطلب.

التغطية الطبية

ما هو نوع التغطية الطبية (إذا كان هناك أي منها) التي يتمتع بها مقدم الطلب؟ برجاء كتابة نوع التغطية الطبية. إذا لم يكن مقدم الطلب يتمتع بأي تغطية طبية، برجاء كتابة لا شيء. برجاء توين عدد وأنواع تغطية الرعاية الطبية في حال ما كان مقدم الطلب يندرج تحت أي منها.

العرق المنتمي له مقدم الطلب وقسم الحسابيين اللاحق له

برجاء التعليم على خيار واحد فقط في كل قسم.

اللغة

برجاء كتابة اللغة الرئيسية لمقدم الطلب، متضمنة لغة الإشارة الأمريكية (ASL) أو أي لغة إشارة أخرى، أو طريقة كتابة برايل لفاقد البصر أو ما إذا كان مقدم الطلب يستخدم أجهزة اتصال عن بعد أو أي جهاز اتصالات آخر. إذا كان مقدم الطلب في حاجة إلى مترجم، برجاء التعليم على المربع المناسب للإشارة إلى الإجابة نعم.

أشخاص مهمون

أشخاص مهمون هم أشخاص في حياة مقدم الطلب ذو أهمية خاصة له أو قد يشتركوا في توفير الرعاية لمقدم الطلب. مثال على هؤلاء الأشخاص الوالدان الطبيعيان أو المتبنين لمقدم الطلب أو الأجداد أو العمات أو الأعمام أو العاملين الاجتماعيين في قسم خدمات الأطفال والأسر (بالنسبة للأطفال) أو الأصدقاء أو المحامين أو الأوصياء القانونيين. في حالة عدم تيقنك مما عليك التعليم عليه تحت شخص ذو صلة قانونية، يمكنك كتابة غير معروف. في حالة وجود وصاية، سوف نطالبك بتقديم نسخ من أوامر المحكمة الخاصة بالوصاية. إذا كان مقدم الطلب متبنى، سوف نطلب تقديم نسخ من أوراق التبني القانونية.

برنامج المدرسة/اليومي

هو أي برنامج يحضره مقدم الطلب بشكل يومي، مثل التدخل المبكر أو المدرسة أو أي برنامج آخر. إذا كان مقدم الطلب لا يحضر أي برامج خارجية بصفة يومية، برجاء كتابة غير متوفر.

تعليقات إضافية

يمكنك ترك هذا القسم خالياً أو كتابة أي تعليقات مختصرة تعتقد إنها قد تكون ذات قيمة في تحديد الأهلية.

قائمة بالمرفقات المطلوبة

- طلب موقع مستوفي جميع البيانات.
- نسخ من التقييمات الطبية أو النفسية التي تقرّر حالة إعاقة مقدم الطلب.
- موافقة موقع عليها للسماح بتبادل المعلومات السرية – برجاء التأكد من تضمين كافة عناوين وأرقام هاتف جميع مزودي المعلومات.
- نسخة من إثبات إقامة مقدم الطلب في ولاية واشنطن (فاتورة أحد المنافع، تسجيل ناخب،... الخ). إذا كان مقدم الطلب طفلاً، يجب تقديم إثبات بمحل إقامة الوالد الوصي.
- نموذج HIPAA موقع عليه (إخطار بإجراءات الخصوصية).
- نسخة من بطاقة الضمان الاجتماعي أو مستند يحمل رقم الضمان الاجتماعي في حالة توافره.
- نسخة من برنامج الحضانة الصادر بأمر المحكمة (في حالة توافره)
- نسخة من مستندات الوصاية (في حالة توافرها)
- مستندات التبني القانونية (في حالة توافرها)

لا يمكن قبول هذا الطلب دون إرفاقه بجميع المستندات المطلوبة. إذا كان لديك أية استفسارات، برجاء الاتصال بمكتب قسم حالات اضطرابات النمو.

أرقام الهاتف المجانية هي:

1 800 314 3296	Seattle	المنطقة 4	1 800 462 0624	Spokane	المنطقة 1
1 800 248 0949	Tacoma	المنطقة 5	1 800 822 7840	Yakima	المنطقة 2
1 800 735 6740	Bremerton		1 800 788 2053	Everett	المنطقة 3
1 800 339 8227	Tumwater	المنطقة 6	1 800 239 8285	Bellingham	
1 888 877 3490	Vancouver				