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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

WNIOSEK DO DDD O ROZPATRZENIE KWALIFIKACJI

REQUEST FOR DDD ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

☐ Initial ☐ Reapplication

DDD NUMBER:

Informacje o wnioskodawcy

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ/INICJAŁ	DATA URODZENIA	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)

ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY

ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŻELI JEST INNY)	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY	OKRĘG

NUMER TELEFONU DO DOMU (z numerem kierunkowym)	INNY NUMER TELEFONU (z numerem kierunkowym) ☐ Praca ☐ Komórka ☐ Wiadomość	PŁEĆ ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

STAN CYWILNY WNIOSKODAWCY
- ☐ Rozwodnik/Rozwódka
- ☐ Żonaty/Mężatka
- ☐ Kawaler/Panna
- ☐ W separacji
- ☐ W związku bez ślubu
- ☐ Wdowiec/Wdowa

EDUKACJA
- ☐ 8 klas lub mniej
- ☐ 9 – 11 klas
- ☐ Szkoła średnia
- ☐ Technikum lub szkoła zawodowa
- ☐ Licencjat
- ☐ Studium podyplomowe
- ☐ Bez wykształcenia

Czy wnioskodawca ma przedstawiciela? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak, proszę podać imię i nazwisko tej osoby:

SYTUACJA MIESZKANIOWA WNIOSKODAWCY
- ☐ Osoba dorosła w domu rodzinnym
- ☐ Dziecko w domu zastępczym
- ☐ Dom grupowy
- ☐ Bezdomny/a
- ☐ Zakład karny
- ☐ Dom mieszkaniowy z licencjonowaną obsługą
- ☐ Dom spokojnej starości
- ☐ Dom kogoś innego
- ☐ Własny dom (sam/a): ☐ Własny ☐ Wynajmuje ☐ Subsydium
- ☐ Własny dom (małżonek/ka/partner/ka)
- ☐ Własny dom (z dziećmi na utrzymaniu)
- ☐ Własny dom (z innymi osobami)
  - ☐ Dom rodziców
  - ☐ Dom krewnych
- ☐ Zakład państwowy, psychiatryczny
- ☐ Nieznana

Osoba kontaktowa

IMIĘ I NAZWISKO	STOSUNEK

ADRES DO KORESPONDENCJI	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY

NUMER TELEFONU DO DOMU (z numerem kierunkowym)	INNY NUMER TELEFONU (z numerem kierunkowym) ☐ Praca ☐ Komórka ☐ Wiadomość	ADRES EMAIL

KONTAKT POCZTOWY	RODZAJ STOSUNKU/ROLA	STOSUNEK PRAWNY	MIESZKA Z WNIOSKODAWCĄ
☐ Tak ☐ Nie			☐ Tak ☐ Nie

OPISZ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I WIEK, W KTÓRYM ZOSTAŁA ZAOBSERWOWANA.

PODPIS DOROSŁEGO WNIOSKODAWCY		DATA
PODPIS PRZEDSTAWICIELA	STOSUNEK PRAWNY	DATA

ŹRÓDŁA DOCHODÓW OSOBISTYCH WNIOSKODAWCY: **ZAZNACZ WSZYSTKIE STOSOWNE**

- ☐ Zasiłek z Ubezpieczenia Społecznego (Social Security)
- ☐ Uzupełniające dochody z Ubezpieczenia Społecznego (Supplemental Security Income, SSI)
- ☐ Pomoc Ogólna - Bez Szans na Zatrudnienie (General Assistance-Unemployable, GA-U)
- ☐ Dodatek od stanu
- ☐ Tymczasowa Pomoc dla Rodzin w Potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families,TANF)
- ☐ Administracja Weteranów
- ☐ Urząd ds. Indian (Bureau of Indian Affairs, BIA)
- ☐ Zasiłek emerytalny dla pracowników kolejowych
- ☐ Fundusz powierniczy
- ☐ Podatek dochodowy
- ☐ Służba cywilna
- ☐ Brak
- ☐ Inne (proszę podać poniżej):

Czy wnioskodawca ma ubezpieczenie medyczne? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, proszę wymienić.

Medicare? ☐ Tak ☐ Nie Jeżeli tak

NUMER MEDICARE:	RODZAJ

A KODY ETNICZNE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY KOD PONIŻEJ)

- ☐ **Biały/a**

Rdzenny/a Amerykanin/ka lub urodzony/a w stanie Alaska

- ☐ Eskimos/ka
- ☐ Aleuta/ka
- ☐ Indianin/ka Amerykański/ka

Azjata/ka

- ☐ Hindus/ka Azjatycki/a
- ☐ Kambodżanin/ka
- ☐ Chińczyk/nka
- ☐ Filipińczyk/nka
- ☐ Japończyk/nka
- ☐ Koreańczyk/nka
- ☐ Laotańczyk/nka
- ☐ Tajlandczyk/ka
- ☐ Wietnamczyk/ka
- ☐ **Czarny/a lub murzyn/ka amerykański/a**

Rdzenny/a Hawajczyk/ka/z innych wysp Pacyfiku

- ☐ Hawajczyk/ka
- ☐ Samoańczyk/nka
- ☐ Z Guam
- ☐ **Z wysp Azjatyckich/Pacyfiku**
- ☐ **Inna rasa**
- ☐ **Nie podano**

B. Czy wnioskodawca jest pochodzenia hiszpańskiego?

- ☐ Nie
- ☐ Nie podano
- ☐ Tak (jeżeli tak, proszę wskazać)
- ☐ Kubańczyk/nka
- ☐ Meksykanin/ka/Amerykanin/ka pochodzenia meksykańskiego/Chicano
- ☐ Portorykanin/ka
- ☐ Inny kraj hiszpańskojęzyczny/pochodzenia hiszpańskiego

JĘZYK PODSTAWOWY	MOWA W JĘZYKU ANGIELSKIM	ZROZUMIENIE JĘZYKA ANGIELSKIEGO	WYMAGANE TŁUMACZENIE USTNE	WYMAGANE TŁUMACZENIA PISEMNE
	☐ Tak ☐ Nie ☐ Ograniczona	☐ Tak ☐ Nie ☐ Ograniczone	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

A	IMIĘ I NAZWISKO GŁÓWNEJ OSOBY NAJBLIŻSZEJ	DOKŁADNY ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
	NUMERY TELEFONÓW	KONTAKT POCZTOWY ☐ Tak ☐ Nie	RODZAJ ZWIĄZKU/ROLA	RODZAJ STOSUNKU PRAWNEGO/ROLA	MIESZKA Z WNIOSKODAWCĄ ☐ Tak ☐ Nie
B	IMIĘ I NAZWISKO NAJBLIŻSZEJ OSOBY	DOKŁADNY ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
	NUMERY TELEFONÓW	KONTAKT POCZTOWY ☐ Tak ☐ Nie	RODZAJ ZWIĄZKU/ROLA	RODZAJ STOSUNKU PRAWNEGO/ROLA	MIESZKA Z WNIOSKODAWCĄ ☐ Tak ☐ Nie
C	IMIĘ I NAZWISKO NAJBLIŻSZEJ OSOBY	DOKŁADNY ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY
	NUMERY TELEFONÓW	KONTAKT POCZTOWY ☐ Tak ☐ Nie	RODZAJ ZWIĄZKU/ROLA	RODZAJ STOSUNKU PRAWNEGO/ROLA	MIESZKA Z WNIOSKODAWCĄ ☐ Tak ☐ Nie

DLA OSÓB PONIŻEJ 22 LAT

NAZWA SZKOŁY/PROGRAMU DZIENNEGO	DATA ROZPOCZĘCIA

ADRES	MIASTO	STAN	KOD POCZTOWY	NUMER TELEFONU:

NAZWA REJONU SZKOŁY

UWAGI

WNIOSEK DO DDD O ROZPATRZENIE KWALIFIKACJI
WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE WYPEŁNIENIA FORMULARZA

Informacje o wnioskodawcy

Wnioskodawca, *to* osoba, dla której składany jest wniosek do DDD o zakwalifikowanie. Proszę wypełnić wszystkie pozycje w tej części. Jeżeli wnioskodawca nie ma telefonu, proszę wpisać *brak*.

Osoba kontaktowa

Osoba *kontaktowa,* to osoba, która jest w stanie skontaktować się z wnioskodawcą lub przekazać nam informacje kontaktowe, jeżeli nie możemy się skontaktować z wnioskodawcą. Jeżeli przedstawiciel prawny nie jest wyznaczony, imię i nazwisko innej osoby lub rzecznika, który/a może asystować, w przypadku kiedy wnioskodawca kwalifikuje się na Konieczne Uzupełniające Zakwaterowanie (Necessary Supplemental Accommodation, NSA), chyba że wnioskodawca złoży pisemną prośbę, żeby nie wysyłać powiadomień do nikogo innego. (WAC 388-825-100)

Przedstawiciel prawny

Przedstawiciel prawny to: rodzic dziecka poniżej 18 lat, opiekun danej osoby, opiekun z ograniczoną odpowiedzialnością upoważniony do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia danej osoby; adwokat danej osoby; pełnomocnik danej osoby (osoba upoważniona do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia); lub dowolna inna osoba, która jest legalnie upoważniona do podejmowania decyzji za daną osobę.

Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy

Proszę zaznaczyć kratkę, która najlepiej określa miejsce zamieszkania wnioskodawcy.

OPISZ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I WIEK, W KTÓRYM ZOSTAŁA ONA ZAOBSERWOWANA.

Odpowiedzi na te pytania pomogą nam zapoznać się z niepełnosprawnością wnioskodawcy. Jeżeli potrzebuje Pan/i więcej miejsca, proszę wykorzystać odwrotną stronę kartki lub dodatkową kartkę.

Podpis wnioskodawcy i/lub przedstawiciela prawnego

Jeżeli wnioskodawca ma mniej niż 18 lat, jego lub jej rodzic lub przedstawiciel prawny musi podpisać i datować wniosek. Jeżeli wnioskodawca ukończył/a 18 lat, albo wnioskodawca, albo jego/jej przedstawiciel musi datować i podpisać wniosek.

Źródła dochodu wnioskodawcy

Proszę zaznaczyć wszystko, co dotyczy wnioskodawcy.

Ubezpieczenie medyczne

Jakie ubezpieczenie (jeżeli ma) medyczne posiada wnioskodawca? Proszę wpisać rodzaj świadczeń. Jeżeli wnioskodawca nie posiada ubezpieczenia medycznego, proszę wpisać *brak*. Proszę wpisać numer i rodzaj świadczeń Medicare, jeżeli wnioskodawca podlega pod świadczenia Medicare.

Przynależność etniczna wnioskodawcy i następująca część **pochodzenia hiszpańskiego**

Proszę zaznaczyć **tylko jedną odpowiedź w każdej części.**

Język

Proszę wpisać podstawowy język wnioskodawcy, włącznie z Amerykańskim Językiem Migowym (American Sign Language, ASL) lub innym językiem migowym, pismem Braille'a, lub jeżeli wnioskodawca korzysta z urządzenia telekomunikacyjnego dla głuchych (Telecommunication Device for the Deaf, TDD) lub innego urządzenia do komunikacji. Jeżeli wnioskodawca wymaga tłumacza ustnego, proszę zaznaczyć kratkę oznaczając *TAK*.

Osoby najbliższe

Osoby najbliższe, to osoby w życiu wnioskodawcy, które mają wpływ lub angażują się w dobrobyt wnioskodawcy. Przykładami są biologiczni lub adoptowani rodzice, dziadkowie, ciocie, wujkowie, Pracownicy Socjalni Wydziału ds. Dzieci i Rodziny (Division of Children & Family Services Social Workers) (dla dzieci), przyjaciele, adwokaci i Opiekunowie Prawni. Jeżeli nie jest Pan/i pewien/pewna, co zaznaczyć w rubryce Stosunek Prawny, może Pan/i wpisać **nieznany**. W przypadku Opieki Prawnej, wymagane będą kopie nakazów sądowych stwierdzających Opiekę. Jeżeli wnioskodawca jest adoptowany/a, wymagane będą kopie legalnych dokumentów adopcji.

Szkoła/Program dzienny

Wszystkie programy, w których wnioskodawca bierze codziennie udział, takie jak Program Wczesnej Interwencji (Early Intervention), szkoła lub inny program. Jeżeli wnioskodawca nie bierze codziennie udziału w żadnym programie, proszę wpisać *Nie dotyczy*.

Dodatkowe uwagi

Tej rubryki nie musi Pan/i wypełniać, albo może Pan/i wpisać dodatkowe krótkie uwagi, które według Pana/i mogą pomóc w określeniu zakwalifikowania.

Lista wymaganych załączników

- ☐ Podpisany wniosek z wypełnionymi wszystkimi rubrykami.
- ☐ Kopie wszystkich medycznych lub psychologicznych ewaluacji wskazujących niepełnosprawność wnioskodawcy.
- ☐ Podpisany formularz *Zgoda na Wymianę Poufnych Informacji* – proszę upewnić się, że wpisał/a Pan/i adresy i numery telefonów wszystkich świadczeniodawców.
- ☐ Kserokopia dowodu zamieszkania wnioskodawcy w Stanie Waszyngton (rachunek za świadczenia, karta wyborcza, itp.) Jeżeli wnioskodawca jest dzieckiem, dowód zamieszkania rodzica sprawującego opiekę.
- ☐ Podpisany formularz HIPAA (*Powiadomienie o Zasadach Zachowania Prywatności*).
- ☐ Kopię karty Ubezpieczenia Społecznego lub dokumentację stwierdzającą numer Ubezpieczenia Społecznego, **jeżeli taki istnieje**.
- ☐ Kopię nakazanego przez sąd Planu Wychowawczego (jeżeli dotyczy).
- ☐ Kopie dokumentów stwierdzające Opiekę Prawną (jeżeli dotyczy).
- ☐ Dokumenty stwierdzające legalną adopcję. (jeżeli dotyczy).

Ten wniosek nie zostanie przyjęty bez wszystkich wymaganych załączników. Jeżeli ma Pan/i pytania, proszę skontaktować się ze swoim lokalnym biurem DDD.

Bezpłatne numery:

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