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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD

CERERE PENTRU DDD DETERMINARE DE ELIGIBILITATE

REQUEST FOR DDD ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

☐ Initial ☐ Reapplication

DDD NUMBER:

Informații Aplicant

PRENUME	NUME	NUMELE DE MIJLOC/INIȚIALA	DATA DE NAŞTERE	NUMĂR DE SECURITATE SOCIALĂ

ADRESĂ	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL

ADRESA PENTRU CORESPONDENȚĂ (DACĂ ESTE DIFERITĂ)	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL	MUNICIPIUL

NUMĂR DE TELEFON LA DOMICILIU (inclusiv Prefixul)	ALTE NUMERE DE TELEFON (inclusiv Prefixul)	SEX
	☐ Servici ☐ Celular ☐ Mesaj	☐ Masculin ☐ Feminin

STAUTUL APLICANTULUI

☐ Divorțat ☐ Despărțit
☐ Căsătorit ☐ Partener Necăsătorit
☐ Niciodată căsătorit ☐ Văduv(ă)

EDUCAȚIE

☐ 8 Clase sau mai puțin ☐ Diplomă de Facultate
☐ 9 – 11 Clase ☐ Diplomă de Master sau Doctorat
☐ Liceu ☐ Fără şcoală
☐ Şcoala Profesională sau Tehnică

Aplicantul are un Reprezentant? ☐ Da ☐ Nu Dacă da, numiți persoana:

SITUAȚIA DE DOMICILIU A APLICANTULUI

☐ Azil pentru Adulți ☐ Azil de Asistență ☐ Propria casă (cu alții):
☐ Casă de Copii ☐ Altă Casă ☐ Casa Părintească
☐ Casă stil Grup ☐ Propria casă (singur): ☐ Proprietar ☐ Chiriaş ☐ Sub-chiriaş ☐ Casa rudelor
☐ Fără Casă ☐ Propria casă (soție/partener ☐ Instituție de stat, psihiatric
☐ Închisoare ☐ Propria Casă (cu copii dependenți) ☐ Necunoscut
☐ Rezidențial Angajat Licențiat

Persoana de Contact

NUME	RELAȚIE

ADRESA POŞTALĂ	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL

NUMĂR DE TELEFON LA DOMICILIU (inclusiv Prefixul)	ALTE NUMERE DE TELEFON (inclusiv Prefixul)	ADRESA DE E-MAIL
	Servici Celular Mesaj	

CONTACT POŞTAL	TIP/ROL AL RELAȚIEI	RELAȚIE LEGALĂ	LOCUIEŞTE CU APLICANT
☐ Da ☐ Nu			☐ Da ☐ Nu

DESCRIEȚI DISABILITATEA ŞI VÂRSTA CAND A FOST OBSERVATĂ PRIMA DATĂ.

SEMNĂTURA APLICANTULUI ADULT		DATA
SEMNĂTURA REPREZENTANTULUI	RELAȚIE LEGALĂ	DATA

SURSA DE VENIT PERSONAL A APLICANTULUI: **ALEGEȚI TOATE CARE SE APLICĂ**

- ☐ Securitate Socială
- ☐ Venit Suplimentar de Securitate (SSI)
- ☐ Asistență Generală de Ne-Angajat (GA-U)
- ☐ Supliment de Stat
- ☐ Asistență Temporară pentru Familii cu Nevoie (TANF)
- ☐ Administrația Veteranilor
- ☐ Biroul de Intermedieri Indiene (BIA)
- ☐ Pensionare din cadrul Căilor Feroviare
- ☐ Fonduri Trust
- ☐ Venit Câştigat
- ☐ Servicii Civile
- ☐ Niciunul
- ☐ Altele (specificați mai jos):

Aplicantul are vreun fel de Acoperire Medicală? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, listați.

Medicare? ☐ Da ☐ Nu Dacă da

NUMĂR MEDICARE	TIP

CODUL DE ETNIE (VEDEȚII CODUL CORECT MAI JOS)

- ☐ **Alb**

American sau Nativ din Alaska

- ☐ Eskimo
- ☐ Aleut
- ☐ American Indian

Asiatic

- ☐ Indian Asiatic
- ☐ Cambodian
- ☐ Chinez
- ☐ Din Filipine
- ☐ Japonez
- ☐ Korean
- ☐ Din Lao
- ☐ Thailandez
- ☐ Vietnamez
- ☐ **Negru sau American African**

Nativ din Hawaii / Alte Insule Pacifice

- ☐ Din Hawaii
- ☐ Samoan
- ☐ Din Guam
- ☐ **Din alte Insule Pacifice / Asiatice**
- ☐ **Alte rase**
- ☐ **Neraportat**

B. Aplicantul este de origine Spaniolă?

- ☐ Nu
- ☐ Ne-raportat
- ☐ Da (Dacă da, indicați)
- ☐ Din Cuba
- ☐ Din Mexico / Mexican American / Din Chicano
- ☐ Din Puerto Rico
- ☐ Altele de origine Spaniolă

LIMBA PRIMARĂ	VORBITOR DE LIMBA ENGLEZĂ	ÎNȚELEGE ENGLEZA	SE CERE INTERPRET	SE CERE TRADUCERE
	☐ Da ☐ Nu ☐ Limitat	☐ Da ☐ Nu ☐ Limitat	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu

A

NUMELE ÎNGRIJITORULUI	ADRESA DOMICILIU	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL

NUMERE DE TELEFON	CONTACT POŞTAL	TIP/ROL AL RELAȚIEI	TIP/ROL AL RELAȚIEI LEGALE	LOCUIEŞTE CU APLICANT
	☐ Da ☐ Nu			☐ Da ☐ Nu

B

NUMELE ÎNGRIJITORULUI	ADRESA DOMICILIU	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL

NUMERE DE TELEFON	CONTACT POŞTAL	TIP/ROL AL RELAȚIEI	TIP/ROL AL RELAȚIEI LEGALE	LOCUIEŞTE CU APLICANT
	☐ Da ☐ Nu			☐ Da ☐ Nu

C

NUMELE ÎNGRIJITORULUI	ADRESA DOMICILIU	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL

NUMERE DE TELEFON	CONTACT POŞTAL	TIP/ROL AL RELAȚIEI	TIP/ROL AL RELAȚIEI LEGALE	LOCUIEŞTE CU APLICANT
	☐ Da ☐ Nu			☐ Da ☐ Nu

PENTRU PERSOANE SUB 22 DE ANI

NUMELE ŞCOLII / PROGRAMULUI DE ZI	DATA ÎNCEPERII

ADRESĂ	ORAŞ	STAT	COD POŞTAL	NUMĂR DE TELEFON

NUMELE ŞCOLII DE DISTRICT

COMENTARII

CERERE DE DETERMINARE A ELIGIBILITĂȚII DDD
INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE

Informații Aplicant

Aplicantul este persoana pentru care se cere Eligibilitatea DDD. Vă rugăm sp completați această secțiune în totalitate. Dacă Aplicantul nu are un telefon, scrieți *niciunul*.

Persoana de Contact

O *Persoană de Contact* este cineva care va putea contacta Aplicantul sau care ne poate da informații de contact, dacă nu îl putem găsi pe Aplicant. Dacă nu există niciun reprezentant legal, numele unei alte persoane sau entitășți de avocatură care poate asista dacă Aplicantului i se cere pentru Acomodare Suplimentară Necesară (NSA) decât dacă aplcantul cere în scris ca înştiințările să nu fie trimise nimănui altcuiva. (WAC 388-825-100)

Reprezentant Legal

Un *Reprezentant Legal* înseamnă: un părinte a unui copil sub 18 ani, îngrijitorul legal al unei persoane, îngrijitorul limitat al unei persoane atunci când acesta are autoritate în privința deciziilor de sănătate, avocatul unei persoane, avocatul unei persoane pentru o anumită problemă (cineva cu o procură care a fost autorizat să facă decizii de sănătate), sau oricare altă persoană care este autorizat prin lege să acționeze pentru acea persoană.

Situația de domiciliu a Aplicantului

Vă rugăm sp alegeți căsuța care descrie cel mai bine locul unde locuieşte aplicantul.

Descrieți Disabilitatea şi Vârsta când a Fost Observată Prima Dată.

Răspunsul la aceste întrebări ne va ajuta să înțelegem tipul de disabilitate pe care îl poate avea aplicantul. Dacă aveți nevoie de mai mult loc, folosiți spatele hârtiei sau altă coală de hârtie.

Semnătura Aplicantului şi/sau a Reprezentantului Legal

Dacă Aplicantul are sub 18 ani, părintele acestuia sau reprezentantul legal trebuie să semneze aplicația. Dacă Aplicantul are peste 18 ani, ori aplicantul ori reprezentantul său legal trebuie să semneze şi să dateze aplicația.

Sursa de Venit a Aplicantului

Vă rugăm să marcati toate care se aplică Aplicantului.

Acoperire Medicală

Ce fel de acoperire medicală (dacă există) are Aplicantul? Scrieți vă rugăm tipul de acoperire. Dacă Aplicantul nu are nici un fel de acoperire medicală, scrieți *Nicuna*. Vă rugăm să scrieți numărul şi tipul de acoperire Medicare dacă Aplicantul are Medicare.

Etnia Aplicantului şi următoarea secțiune **Spaniol**

Vă rugăm să selectați **doar una în fiecare secție.**

Limba

Vă rugăm să scrieți în limba primară a Aplicantului, inclusiv Limba Prin Semne Americane (ASL) sau alte limbi cu semne, Brail, sau dacă Aplicantul foloseşte TDD sau alte dispozitive de comunicare. Dacă Aplicantul are nevoie de un interpret, marcați cutiuța pentru a indica DA.

Îngrijitori

Îngrijitorii sunt persoanele din viața Aplicantului care sunt importante sau care sunt implicate cu îngrijirea Aplicantului. Exemple ar fi Părinții Biologici sau Adoptivi, Îngrijitori, Mătuşi, Unchi, Divizia de Copii şi Lucrători Sociali de Servicii de Familie (pentru copii), prieteni, avocați, Îngrijitori Legali. Dacă nu sunteți sigur despre ce să puneți sub legal, puteți folosi **Necunoscut.** În cazul unui Îngrijitor, vom cere copii de la judecătorie ale ordinelor de Îngrijitor. Dacă Aplicantul este adoptat, vom cere copii ale actelor de adopție legală.

Şcoala / Programul de Zi

Orice program în care este implicat aplicantul în fiecare zi, cum ar fi Intervenție de Timp, şcoală, sau alte programe. Dacă Aplicantul nu merge la niciun program în fiecare zi, scrieți *N/A.*

Comentarii Suplimentare

Puteți lăsa această secție necompletată, sau scrieți comentarii adiționale scurte care credeți că ne pot ajuta în determinarea Eligibilității.

Lista de Anexe

- ☐ Aplicații semnate cu toate părțile completate.
- ☐ Copii ale oricărei evaluări medicare sau prishologice care indicp disabilitatea Aplicantului.
- ☐ *Consimțământ semnat de Schimbare a Informațiilor* Confidențiale - asigurați-vă că ați introdus adresa şi numărul de telefon numere pentri toți furnizorii.
- ☐ Copie a dovezii de Residență în Statul Washington a Aplicantului (facturi de utilități, înregistrare de votare, etc.). Dacă Aplicantul este un copil, dovada rezidenței părintelui custode.
- ☐ Formularul HIPPA Semnat (*Notă de Practicare a Intimității*)
- ☐ Copie a Cardului de Securitate socială sau documentația de SSN, **dacă există vreuna**.
- ☐ Copie a Planului de Părinte Ordonat de Judecătorie (dacă se aplică).
- ☐ Copie a documentelor de Împuternicire (dacă se aplică).
- ☐ Documente de Adopție Legală (dacă este cazul).

Aplicația nu poate fi acceptată fără toate documentele obligatorii. Dacă aveți întrebări, vă rugăm să sunați la biroul dvs. DDD.

Numerele de telefon gratuite sunt:

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