

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
**ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВ НА
УСЛУГИ ОТДЕЛА DDD**
REQUEST FOR DDD ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication
DDD NUMBER:

Информация заявителя

ФАМИЛИЯ	ПЕРВОЕ ИМЯ	ВТОРОЕ ИМЯ/ИНИЦИАЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АДРЕС		ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ДРУГОЙ)		ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (с кодом региона)		ДРУГОЙ ТЕЛЕФОН (с кодом региона) <input type="checkbox"/> рабочий <input type="checkbox"/> мобильный <input type="checkbox"/> для сообщений		ПОЛ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Разведен <input type="checkbox"/> В браке <input type="checkbox"/> В браке не состоял (а)		ОБРАЗОВАНИЕ <input type="checkbox"/> 8 классов или ниже <input type="checkbox"/> 9 - 11 классов <input type="checkbox"/> Средняя школа <input type="checkbox"/> Профессионально-техническое училище		<input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруга <input type="checkbox"/> Родитель не в браке <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Степень бакалавра <input type="checkbox"/> Аспирантура <input type="checkbox"/> Нет образования

Имеет ли заявитель представителя? Да Нет Если да, назовите его/ее:

ОБЫЧНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

<input type="checkbox"/> Проживание в семье с взрослыми	<input type="checkbox"/> Дом престарелых/инвалидов	<input type="checkbox"/> Собственное жилье (с другими лицами)
<input type="checkbox"/> Приемный дом ребенка	<input type="checkbox"/> Другой дом	<input type="checkbox"/> Родительский дом
<input type="checkbox"/> Дом группового проживания	<input type="checkbox"/> Собственное жилье (проживает один):	<input type="checkbox"/> Дом родственников
<input type="checkbox"/> Бездомный	<input type="checkbox"/> Собственный <input type="checkbox"/> Арендуемый <input type="checkbox"/> Субсидированный	
<input type="checkbox"/> Исправительное учреждение	<input type="checkbox"/> Собственное жилье (с супругом/партнером)	<input type="checkbox"/> Государственное психиатрическое учреждение
<input type="checkbox"/> Лицензированное учреждение для проживания служащих	<input type="checkbox"/> Собственное жилье (с детьми на иждивении)	<input type="checkbox"/> Неизвестно

Контактное лицо

ИМЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН (с кодом региона)	ДРУГОЙ ТЕЛЕФОН (с кодом региона) <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Для сообщений		E-MAIL
НАПРАВЛЯТЬ ПОЧТУ КОНТАКТНОМУ ЛИЦУ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ТИП/РОЛЬ ОТНОШЕНИЙ	ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	ПРОЖИВАЕТ С ЗАЯВИТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ОПИШИТЕ ИНВАЛИДНОСТЬ И УКАЖИТЕ ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ОНА ПРОЯВИЛАСЬ.

ПОДПИСЬ ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДАТА

ИСТОЧНИК ЛИЧНОГО ДОХОДА ЗАЯВИТЕЛЯ: **ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО ПОДХОДИТ**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Социальное обеспечение | <input type="checkbox"/> Администрация ветеранов | <input type="checkbox"/> Гражданская служба |
| <input type="checkbox"/> Дополнительная социальная помощь (SSI) | <input type="checkbox"/> Бюро по делам индейцев (BIA) | <input type="checkbox"/> Нет |
| <input type="checkbox"/> Программа «Общая социальная помощь – нетрудоспособность» (GA-U) | <input type="checkbox"/> Пенсия работникам ж/д | <input type="checkbox"/> Другое (укажите ниже): |
| <input type="checkbox"/> Дополнительная помощь штата | <input type="checkbox"/> Трастовые фонды | |
| <input type="checkbox"/> Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) | <input type="checkbox"/> Зарботки | |

Имеется ли у заявителя какая-нибудь медицинская страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите.	Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да
	HOMER MEDICARE _____ ТИП _____

А. ЭТНИЧЕСКИЕ КОДЫ (ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОД НИЖЕ)

<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Китаец	Уроженец о. Гавайи/другого тихоокеанского острова	В. Является ли заявитель латиноамериканцем?
Уроженец Америки или Аляски	<input type="checkbox"/> Филиппинец		
<input type="checkbox"/> Эскимос	<input type="checkbox"/> Японец	<input type="checkbox"/> Гаваец	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Алеут	<input type="checkbox"/> Кореец	<input type="checkbox"/> Житель о. Самоа	<input type="checkbox"/> Не указано
<input type="checkbox"/> Американский индеец	<input type="checkbox"/> Житель Лаоса	<input type="checkbox"/> Житель о. Гуам	<input type="checkbox"/> Да (Если да, укажите)
Азиат	<input type="checkbox"/> Таец	<input type="checkbox"/> Житель другого азиатского/тихоокеанского острова	<input type="checkbox"/> Кубинец
<input type="checkbox"/> Индеец	<input type="checkbox"/> Вьетнамец	<input type="checkbox"/> Другая раса	<input type="checkbox"/> Мексиканец/Американец мексиканского происхождения/ чикано
<input type="checkbox"/> Камбоджиец	<input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец	<input type="checkbox"/> Не указано	<input type="checkbox"/> Пуэрториканец
			<input type="checkbox"/> Другой уроженец Испании/Латинской Америки

ОСНОВНОЙ ЯЗЫК	ГОВОРИТ ПО-АНГЛИЙСКИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	ПОНИМАЕТ АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	ТРЕБУЕТСЯ ЛИ ПЕРЕВОДЧИК <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ТРЕБУЮТСЯ ЛИ ПЕРЕВОДЫ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---------------	---	--	---	---

А	ИМЯ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	НАПРАВЛЯТЬ ПОЧТУ КОНТАКТНОМУ ЛИЦУ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ТИП ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ТИП ОФИЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ПРОЖИВАЕТ С ЗАЯВИТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

В	ИМЯ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	НАПРАВЛЯТЬ ПОЧТУ КОНТАКТНОМУ ЛИЦУ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ТИП ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ТИП ОФИЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ПРОЖИВАЕТ С ЗАЯВИТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

С	ИМЯ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
	НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	НАПРАВЛЯТЬ ПОЧТУ КОНТАКТНОМУ ЛИЦУ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ТИП ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ТИП ОФИЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ/РОЛЬ	ПРОЖИВАЕТ С ЗАЯВИТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ДО 22 ЛЕТ

НАЗВАНИЕ ШКОЛЬНОЙ/ДНЕВНОЙ ПРОГРАММЫ	ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС	ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	

НАЗВАНИЕ ШКОЛЬНОГО ОКРУГА

КОММЕНТАРИИ

ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ОТДЕЛА DDD ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ

Информация заявителя

Заявитель - это лицо, для которого запрашивается право на получение услуг отдела DDD. Пожалуйста, полностью заполните этот раздел. Если Заявитель не имеет номера телефона, пожалуйста, укажите *нет*.

Контактное лицо

Контактное лицо - это лицо, которое сможет связаться с Заявителем или предоставить нам контактную информацию, если мы не сможем связаться с Заявителем. В случае отсутствия официального представителя это имя другого лица или адвокатской организации, которые могут помочь, если Заявитель будет необходим с целью организации для него Необходимой дополнительной помощи в проживании (Necessary Supplemental Accommodation, NSA), за исключением случаев, когда Заявитель просит в письменном виде, чтобы уведомление не направлялось дополнительно каким-либо другим лицам (WAC 388-825-100).

Официальный представитель

Официальными представителями могут быть следующие лица: родитель ребенка в возрасте до восемнадцати лет; официальный опекун лица; опекун с ограниченными полномочиями, когда такой опекун уполномочен принимать решения по вопросам медицинского обслуживания данного лица; адвокат лица по закону; фактический адвокат лица (лицо, обладающее полномочиями адвоката и имеющее право принимать решения по вопросам медицинского обслуживания данного лица); или любое другое лицо, уполномоченное законом действовать от лица указанного человека. Если Заявитель не имеет официального представителя, пожалуйста, не заполняйте эту графу или напишите *нет (N/A)*.

Обычные жилищные условия Заявителя

Отметьте, пожалуйста, пункт, который наиболее подходит по описанию к месту проживания заявителя.

Опишите инвалидность и укажите возраст, в котором она проявилась.

Ответы на эти вопросы помогут нам понять тип инвалидности, который может быть у заявителя. Если вам нужно дополнительное место, пожалуйста, воспользуйтесь обратной стороной заявления или дополнительным листом бумаги.

Подпись заявителя и/или официального представителя

Если Заявителю меньше 18 лет, его или ее родитель или официальный представитель должны расписаться и поставить дату на заявлении. Если Заявителю 18 или более лет, то либо Заявитель, либо его или ее официальный представитель должны расписаться и поставить дату на заявлении.

Источники дохода заявителя

Отметьте, пожалуйста, все, что относится к Заявителю.

Медицинская страховка

Какой тип (при наличии) медицинской страховки есть у Заявителя? Пожалуйста, напишите тип страховки. Если Заявитель не имеет медицинской страховки, пожалуйста, напишите *Нет*. Заполните, пожалуйста, номер и тип страховки Medicare, если Заявитель имеет страховку Medicare.

Национальность заявителя и следующий раздел Латиноамериканец

Отметьте, пожалуйста, **только один пункт в каждом разделе.**

Язык

Пожалуйста, укажите основной язык Заявителя, в том числе Американский язык жестов (ASL) / другой язык жестов, Брайль, а также пользуется ли Заявитель устройством связи для глухих TDD или другим коммуникационным устройством. Если Заявителю требуется переводчик, пожалуйста, отметьте квадрат, соответствующий ответу ДА.

Бликие люди

Бликие люди - это люди в жизни Заявителя, которые важны или могут принять участие в вопросах здоровья Заявителя. Например, это биологические или приемные родители, бабушка или дедушка, тети, дяди, социальные работники службы охраны детей и семей (для детей), друзья, адвокаты и официальные опекуны. Если вы не уверены, что указать в графе «официальных отношений», вы можете поставить **Неизвестно**. В случае опеки мы потребуем копии постановлений суда об опеке. Если Заявитель усыновлен/удочерен, мы потребуем копии официальных документов об усыновлении/удочерении.

Школьная/дневная программа

Любая программа, которую Заявитель ежедневно посещает, такая как программа Early Intervention («Раннее вмешательство»), школьная или другая программа. Если Заявитель не посещает никакие программы на ежедневной основе, пожалуйста, напишите *Нет (N/A)*.

Дополнительные комментарии

Вы можете не заполнять эту графу или сделать любые краткие дополнительные комментарии, которые, по вашему мнению, могут помочь при определении права на обслуживание.

Список необходимых приложений

- Полностью заполненное подписанное заявление.
- Копии любых медицинских или психологических обследований, удостоверяющих инвалидность Заявителя.
- Подписанное *Согласие на предоставление конфиденциальной информации* с обязательным указанием адресов и телефонов всех поставщиков услуг.
- Ксерокопия подтверждения проживания Заявителя в штате Вашингтон (коммунальный счет, регистрация участника голосования и т.д.) Если Заявитель, является ребенком, необходимо представить подтверждение проживания родителя-опекуна.
- Подписанная форма в соответствии с требованием закона HIPAA (*Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности*).
- Копия карточки социального обеспечения или документ с номером социального обеспечения, если имеется.
- Копия постановления суда о родительском плане (если имеется).
- Копия документов об опекунстве (если имеется).
- Копия свидетельства о рождении или официальных документов об усыновлении.

Данное заявление не может быть принято без необходимых документов. Если у вас имеются вопросы, позвоните, пожалуйста, в ваш местный офис отдела DDD.

Бесплатные номера телефонов:

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