

**Заявка на участие в альтернативной программе услуг  
на дому и по месту жительства (HSBC Waiver),  
осуществляемой отделом DDD, или на переход из  
одной альтернативной программы в другую  
Request for Enrollment in Division of Developmental Disabilities (DDD)  
Home and Community Based Services (HCBS) Waiver or Request to  
Change From One DDD HCBS Waiver to Another**

**Инструкции:** Заявку на участие в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), осуществляемой отделом DDD, или на переход из одной альтернативной программы в другую можно подать как в устной, так и в письменной форме. Для того чтобы подать заявку в устной форме, свяжитесь с Вашим региональным офисом по телефону (номера телефонов региональных офисов указаны на последней странице бланка заявки). Для подачи заявки в письменной форме воспользуйтесь данным бланком.

Заполняя этот бланк, указывайте сведения настолько полно, насколько это возможно, или в желаемом объеме. Вы можете приложить какие-либо документы, которые по Вашему мнению, помогут отделу DDD решить, следует ли включить Вас в альтернативную программу или перевести в новую альтернативную программу. Заполненный бланк отдайте или отправьте по почте сотруднику, ведущему Ваше дело. (Почтовый адрес и контактная информация для всех региональных офисов указаны на последней странице данного бланка заявки). Отдел DDD ответит на Вашу заявку в письменном виде. Если Вам нужна помощь, чтобы заполнить этот бланк, Вы можете обратиться к сотруднику, ведущему Ваше дело, или позвонить в организацию по защите прав инвалидов, "Disability Rights Washington", по телефону (800) 562-2702, или (800) 905-0209 (Линия ТТУ), или (206) 324-1521, или (206) 957-0728 (Линия ТТУ).

Если Вы хотели бы получить дополнительную информацию об услугах, предоставляемых в рамках четырех альтернативных программ HCBS Waivers, Вы можете посетить интернет-сайт, указанный ниже, и ознакомиться с Информационным листком по альтернативным программам (Waiver Plan Fact Sheet) и Брошюрой о программах HCBS Waiver (DDD HCBS Waiver Brochure) или связаться с Вашим региональным офисом и запросить эти документы в печатном виде.

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/waivers.shtml>

МОИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ:	
НОМЕР КЛИЕНТА ОТДЕЛА DDD	ФАМИЛИЯ, ИМЯ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
МОЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ФАМИЛИЯ, ИМЯ ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
<p>В настоящее время я участвую в следующей дополнительной программе (Waiver):</p> <p><input type="checkbox"/> Базовая (Basic) <input type="checkbox"/> Базовая плюс (Basic Plus) <input type="checkbox"/> Основная (CORE) <input type="checkbox"/> Защита окружающих (Community Protection)</p> <p><input type="checkbox"/> Вместо этого, я хотел(а) бы участвовать в дополнительной программе, отмеченной ниже:</p> <p><input type="checkbox"/> Базовая (Basic) <input type="checkbox"/> Базовая плюс (Basic Plus) <input type="checkbox"/> Основная (CORE) <input type="checkbox"/> Защита окружающих (Community Protection)</p> <p><b>Дата заявки:</b></p> <p><input type="checkbox"/> В настоящее время я не участвую в дополнительной программе (waiver) и хотел(а) бы участвовать в дополнительной программе, отмеченной ниже:</p> <p><input type="checkbox"/> Базовая <input type="checkbox"/> Базовая плюс (Basic Plus) <input type="checkbox"/> Основная (CORE) <input type="checkbox"/> Защита окружающих (Community Protection)</p>			
Я хочу стать участником альтернативной программы или сменить альтернативную программу по следующей причине:			
Мне необходимы следующие дополнительные услуги: (в случае необходимости, приложите недостающие листы бумаги)			
У меня есть дополнительные подтверждающие документы, которые я представил(а) вместе с данной заявкой на участие в альтернативной программе или переход из одной альтернативной программы в другую. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
<b>Если Вы ответили "Да", приложите документы к заявке.</b>			
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА	

## Контактная информация по регионам

### **Регион 1. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region1.shtml>

1611 West Indiana Avenue

Spokane, WA 99205-4221

Для местных звонков: (509) 329-2900

Линия ТТУ: (509) 568-3038

ФАКС: (509) 568-3037

Бесплатный телефон: 1-800-462-0624

e-mail: [DD1FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD1FSO@dshs.wa.gov)

### **Регион 2. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region2.shtml>

3700 Fruitvale Blvd., Suite 200

Yakima, WA 98902-1100

PO Box 12500

Yakima, WA 98909-1100

Для местных звонков: (509) 225-4620

Линия ТТУ: (509) 454-4321

ФАКС: (509) 574-5607

Бесплатный телефон: 1-800-822-7840

e-mail: [DD2FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD2FSO@dshs.wa.gov)

### **Регион 3. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region3.shtml>

840 North Broadway, 1<sup>st</sup> floor

Building A, Suite 100

Everett, WA 98201-1288

Для местных звонков: (425) 339-4833

Линия ТТУ: (425) 339-4850

ФАКС: (425) 339-4856

Бесплатный телефон: 1-800-788-2053

e-mail: [DD3FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD3FSO@dshs.wa.gov)

### **Регион 4. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region4.shtml>

1700 East Cherry Street

Seattle, WA 98122

Для местных звонков: (206) 568-5700

Линия ТТУ: (206) 720-3325

ФАКС: (206) 720-3334

Бесплатный телефон: 1-800-314-3296

e-mail: [DD4FSO@dshs.wa.gov](mailto:DD4FSO@dshs.wa.gov)

**Регион 5. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region5.shtml>

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300

Tacoma, WA 98402

Для местных звонков: (253) 404-8500

Линия ТТУ: (253) 572-7381

ФАКС: (253) 597-4368

Бесплатный телефон: 1-800-248-0949

e-mail: DD5FSO@dshs.wa.gov

**Регион 6. Головной офис**

<http://www1.dshs.wa.gov/ddd/region6.shtml>

Point Plaza East, Bldg. 2, 3<sup>rd</sup> Floor

6860 Capitol Blvd. SE

PO Box 45315

Olympia, WA 98504-5315

Для местных звонков: (360) 725-4250

Линия ТТУ: (360) 586-4719

ФАКС: (360) 586-6502

Бесплатный телефон: 1-800-339-8277

e-mail: DD6FSO@dshs.wa.gov