Developmental Disabilities Administration (DDA)

طلب تحديد قرار التسجيل لدى إدارة الإعاقات النمائية (DDA)

Request for DDA Enrollment Determination

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

For Office Use Only (للاستخدام الإداري فقط)

☐ Initial ☐ Reapplication

DDA Number:

معلومات مُقدِّم الطلب

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	تاريخ الميلاد

النوع
- ☐ أنثى
- ☐ ذكر
- ☐ لا ثنائي
- ☐ أفضّل عدم الإفصاح
- ☐ غير مُسجَّل/غير معروف

الحالة الاجتماعية
- ☐ أعزب (عزباء)
- ☐ مطلّق(ة)
- ☐ متزوج(ة)
- ☐ منفصل(ة)
- ☐ شريك غير متزوج
- ☐ أرمل(ة)
- ☐ منفصل(ة)

التسجيل القبلي

رقم الضمان الاجتماعي

أعلى مستوى تعليمي أو نوعه

احتياجات التواصل الخاصة بمُقدِّم الطلب

المترجم الفوري مطلوب: ☐ نعم ☐ لا

ترجمة المستندات: ☐ نعم ☐ لا

لغة الكتابة الأساسية:

تحدُّث اللغة الإنجليزية: ☐ نعم ☐ لا ☐ محدود

فهم اللغة الإنجليزية: ☐ نعم ☐ لا ☐ محدود

لغة التحدُّث الأساسية:

الرموز العِرقية (حدِّد جميع ما ينطبق)
- ☐ أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين
- ☐ أمريكي أسود البشرة أو من أصل إفريقي
- ☐ من ذوي البشرة البيضاء
- ☐ آسيوي
- ☐ من سكان هاواي الأصليين/من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
- ☐ غير مُسجَّل

إسباني
- ☐ نعم ☐ لا

برنامج Medicare
- ☐ نعم؛ النوع:
- ☐ لا

تأمين آخر:

وضع السكن المعتاد لمُقدِّمي الطلبات
- ☐ منشأة مُرخَّصة للبالغين
- ☐ منزل الأقارب
- ☐ مستشفى، خدمات طبية
- ☐ مؤسسة إصلاحية/سجن
- ☐ منزل الوالدين
- ☐ غير ذلك، يُرجى التوضيح:
- ☐ مشرّد
- ☐ طفل - دار رعاية
- ☐ منزله الشخصي
- ☐ مستشفى، طبيب نفسي
- ☐ منشأة تمريض

عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة محل الإقامة

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	واشنطن هي المقر القانوني للتجنيد: ☐ نعم ☐ لا

رقم الهاتف الأساسي ( ) -
☐ الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐ المراسلات

رقم هاتف آخر ( ) -
☐ الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐ المراسلات

عنوان البريد الإلكتروني

اذكر المناطق التعليمية التي التحقت بها وتواريخ الالتحاق بها

أخبرنا عن سبب تقدُّمك بطلب

الإعاقة النمائية والسن التي تمت ملاحظة الإعاقة فيها لأول مرة

السن التي تم تشخيص المرض فيها لأول مرة:

☐ التوحد ☐ الصرع ☐ الشلل الدماغي

☐ الإعاقة الذهنية ☐ الاضطراب الصبغي ☐ الاضطراب العصبي

☐ تأخر النمو

طلب خدمة تحديد القرار بخصوص الإعاقة

هل تقدَّم مُقدِّم الطلب بطلب للحصول على مخصصات الإعاقة من الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان التكميلي، أو المساعدة الطبية غير المنحة من إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) في العام الماضي؟ ☐ نعم ☐ لا

معلومات الممثل

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	اللغة الأساسية
			المترجم الفوري: ☐ نعم ☐ لا الترجمة: ☐ نعم ☐ لا

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

رقم الهاتف الأساسي		رقم هاتف آخر	
( ) -	☐ الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐ المراسلات	( ) -	☐ الهاتف المحمول ☐ المنزل ☐ العمل ☐ المراسلات

عنوان البريد الإلكتروني

نوع العلاقة ودوره	العلاقة القانونية (المستندات المرفقة)	يعيش مع مُقدِّم الطلب
		☐ نعم ☐ لا

اسم ممثل آخر/دوره/البريد الإلكتروني

اسم ممثل آخر/دوره/البريد الإلكتروني

التوقيع (التوقيعات)

توقيع مُقدِّم الطلب البالغ	التاريخ

توقيع ولي الأمر أو الممثل القانوني	التاريخ	العلاقة القانونية

طلب الحصول على تعليمات بخصوص تحديد قرار التسجيل لدى إدارة الإعاقات النمائية (DDA)

قائمة بالمرفقات المطلوبة. لا يمكن قبول هذا الطلب من دون توفر المرفقات المطلوبة.

☐ طلب مُوقَّع مع اكتمال جميع أجزائه.

☐ نموذج قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) مُوقَّع (إشعار ممارسات الخصوصية).

☐ موافقة مُوقَّعة لتبادل المعلومات السرية - قم بتضمين أرقام الهواتف لجميع جهات الاتصال. يجب أن يوقِّع مُقدِّمو الطلب في عمر 13 عامًا أو أكبر.

☐ في حالة وجود ممثل قانوني، يجب تقديم نسخ من أوراق الوصاية أو غيرها من وثائق المحكمة التي تثبت السلطة.

معلومات مُقدِّم الطلب. مُقدِّم الطلب هو الشخص الذي يتم طلب التسجيل لدى إدارة الإعاقة النمائية (DDA) من أجله.

اسم مُقدِّم الطلب: أَدخِل الاسم القانوني لمُقدِّم الطلب. لا تُدخل الألقاب.

تاريخ الميلاد: أَدخِل الشهر، واليوم، والسنة لتاريخ ميلاد مُقدِّم الطلب.

النوع: اختر الإجابة الأكثر قابلية للتطبيق أو "غير مُسجَّل/غير معروف" إذا كان مُقدِّم الطلب يُفضِّل عدم الإجابة عن هذا السؤال.

الحالة الاجتماعية لمُقدِّم الطلب: اذكر الحالة الاجتماعية الحالية لمُقدِّم الطلب.

التواصل: اذكر طريقة (طرق) التواصل مع مُقدِّم الطلب. إذا كان مُقدِّم الطلب يحتاج إلى مترجم فوري أو ترجمة للمراسلات المكتوبة، فحدِّد المربع للإشارة إلى الإجابة بـ "نعم". اذكر ما إذا كان مُقدِّم الطلب يتحدث اللغة الإنجليزية، أو يفهمها، أو لديه معرفة محدودة بها. اكتب اللغة الأساسية التي يستخدمها مُقدِّم الطلب للتحدُّث، أو الكتابة بها، أو التواصل بها، بما في ذلك لغة الإشارة الأمريكية (ASL)، أو لغة إشارة أخرى، أو طريقة برايل، أو إذا كان مُقدِّم الطلب يستخدم جهاز التواصل للصمّ أو جهاز اتصال آخر.

التسجيل القبلي: اكتب التسجيل القبلي لمُقدِّم الطلب، إذا كان متاحًا. أو، اكتب "غير متاح".

رقم الضمان الاجتماعي: اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمُقدِّم الطلب، إذا كان هناك واحد.

التعليم: اكتب أعلى مستوى تعليمي حصل عليه مُقدِّم الطلب أو نوعه.

الرموز العِرقية: اذكر الإجابة (الإجابات) التي تصف الأصل العِرقي الخاص بمُقدِّم الطلب بشكلٍ أفضل. **إسباني:** إذا كان مُقدِّم الطلب إسبانيًا، فاكتب "نعم".

برنامج Medicare: إذا كان مُقدِّم الطلب ضمن برنامج Medicare، فحدِّد "نعم". اكتب نوع (أنواع) برنامج Medicare: A، B، C، D.

تأمين صحي آخر: أدخِل اسم أي خطة أخرى للتأمين الصحي (حكومية أو خاصة)، إن وجدت.

وضع السكن المعتاد لمُقدِّم الطلب: حدِّد المربع الذي يصف ترتيبات السكن الحالي لمُقدِّم الطلب بشكلٍ أفضل.

معلومات الاتصال: اكتب عنوان الإقامة الحالي لمُقدِّم الطلب، وعنوان المراسلة، ورقم الهاتف (أرقام الهواتف).

المناطق التعليمية: اكتب المناطق التعليمية التي التحق بها مُقدِّم الطلب - قم بتضمين رقم هاتف لكل منطقة تعليمية. إذا كنت ترغب أن نطلب السجلات، فإنه يجب إدراج المناطق التعليمية أيضًا في الموافقة.

سبب تقديم الطلب: اكتب سبب (أسباب) تقديم الطلب، وأَدرج الخدمات التي يهتم بها مُقدِّم الطلب أو أسرة مُقدِّم الطلب.

الإعاقة النمائية: اذكر تشخيصًا واحدًا أو أكثر لمُقدِّم الطلب وسن مُقدِّم الطلب عندما تم تشخيصه لأول مرة. لا تتردد في استخدام ورقة أخرى لإخبارنا بالمزيد.

طلبات خاصة بالإعاقة: اذكر ما إذا كان مُقدِّم الطلب قد تقدَّم بطلب لتحديد قرار بخصوص الإعاقة في العام الماضي أم لا. قد يكون هذا من أجل الضمان الاجتماعي، أو دخل الضمان التكميلي، أو المساعدة الطبية غير المنحة. يمكن أن تساعدنا هذه المعلومات في تحديد موقع السجلات.

معلومات الممثل: اسم الشخص الذي سيكون قادرًا على الاتصال بمُقدِّم الطلب أو يُزوِّدنا بمعلومات الاتصال إذا لم نتمكن من الوصول إلى مُقدِّم الطلب، ومعلومات الاتصال الخاصة به. **اللغة الأساسية:** أدرج اللغة واذكر ما إذا كانت هناك حاجة لوجود مترجم فوري/ترجمة أم لا.

نوع/دور العلاقة: اكتب كيف يعرف الممثل مُقدِّم الطلب أو صلة القرابة التي تربطه به.

الممثل القانوني: اكتب العلاقة القانونية إن وجدت. الممثل القانوني هو أحد والدي الطفل الذي يقل عمره عن ثمانية عشر عامًا ويتمتع بسلطة اتخاذ القرارات القانونية؛ أو الوصي القانوني على الشخص؛ أو الوصي المحدود للشخص عندما يكون للوصي المحدود سلطة على قرارات الرعاية الصحية؛ أو محامي الشخص؛ أو محامي الشخص الفعلي (شخص لديه توكيل رسمي تم تفويضه لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية)؛ أو أي شخص آخر مُفوَّض بموجب القانون للعمل نيابةً عن الشخص المعني. يجب تضمين وثائق العلاقة القانونية مع الطلب.

توقيع مُقدِّم الطلب و/أو الممثل القانوني إذا كان مُقدِّم الطلب أقل من 18 عامًا، فيجب أن يوقّع ولي الأمر أو الممثل القانوني الطلب ويؤرّخه. إذا كان مُقدِّم الطلب يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، فيجب أن يوقّع مُقدِّم الطلب أو الممثل القانوني الطلب ويؤرّخه.

أعِد الطلب والمرفقات المطلوبة إلى المكتب المعني أدناه.

المقرات الرئيسية في المنطقة 1 (المقاطعات الخاضعة للخدمة: آدمز، وأسوتين، وبينتون، وتشيلان، وكولومبيا، ودوغلاس، وفيري، وفرانكلين، وغارفيلد، وغرانت، وكيتيتاس، وكليكيتات، ولينكولن، وأوكانوغان، وبيند أوريلي، وسبوكان، وستيفنز، ووالا والا، وويتمان، وياكيما)
1611 W Indiana Ave
Spokane, WA 99205-4221
الرقم المجاني: 1-800-462-0624

المقرات الرئيسية في المنطقة 2 (المقاطعات الخاضعة للخدمة: آيلاند، وكينج، وسان خوان، وسكاجيت، وسنوهوميش، وواتكوم)
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
الرقم المجاني: 1-800-788-2053

المقرات الرئيسية في المنطقة 3 (المقاطعات الخاضعة للخدمة: كلالام، وكلارك، وكوولیتز، وجرايس هاربور، وجيفرسون، وكيتساب، ولويس، وماسون، وباسيفيك، وبيرس، وسكامانيا، وثورستون، وواهكياكوم)
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
الرقم المجاني: 1-800-248-0949

للحصول على مزيد من المعلومات عن الأهلية لإدارة الإعاقات النمائية (DDA)، انتقل إلى الموقع الإلكتروني:
https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility.