Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Developmental Disabilities Administration (DDA)

DDA 가입 결정 신청

Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only (공무란)

☐ Initial ☐ Reapplication

DDA Number:

신청인 정보

이름 중간이름 이니셜 성		생년월일
성별 ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 논바이너리 ☐ 답변 거부 ☐ 미신고 / 모름	혼인 여부 ☐ 미혼 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 기혼 ☐ 별거 ☐ 미혼 동거 ☐ 사별	부족 가입 사회보장번호 최종 학력 수준 또는 유형

신청인의 소통 수단 요구

통역사 필요 여부: ☐ 예 ☐ 아니요 영어 회화 가능: ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 제한적

문서 번역 여부: ☐ 예 ☐ 아니요 영어를 알아들음: ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 제한적

주로 이용하는 서면 언어: 주로 이용하는 대화 언어:

민족 코드(해당되는 모든 곳에 표시할 것)	히스패닉
☐ 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 백인 ☐ 아시아인 ☐ 하와이 원주민/ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 미신고	☐ 예 ☐ 아니요

Medicare	신청자의 평상 시 주거 실태	
☐ 예; 종류: ☐ 아니오 기타 보험:	☐ 성인 면허 시설 ☐ 친척집 ☐ 병원, 의료 ☐ 교정시설 / 감옥 ☐ 부모님 집 ☐ 그 외의 경우 설명하세요:	☐ 노숙 ☐ 아동 - 위탁가정 ☐ 자가 자택 ☐ 병원, 정신과 ☐ 요양 시설

도로 주소 시 주 우편번호	거주 카운티
우편주소(거주지 주소와 다를 경우) 시 주 우편번호	워싱턴은 군 기록 장소입니다 ☐ 예 ☐ 아니요

기본 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ( ) - ☐ 직장 ☐ 메시지 수신 번호	기타 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ( ) - ☐ 직장 ☐ 메시지 수신 번호

이메일 주소

취학 학군 및 날짜를 열거하세요

신청 사유를 말씀해주십시오

발달장애 및 최초 확인 연령
최초 진단 연령:
☐ 자폐증 ☐ 간질 ☐ 뇌성(소아)마비
☐ 지적 장애 ☐ 염색체 질환 ☐ 신경 질환
☐ 발달지연

장애 결정 서비스 신청
신청인께서는 작년에 사회보장장애연금, 보충보증소득 또는 DSHS 비보조금 의료지원을 신청하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

대리인 정보

이름 중간이름 이니셜 성	주 언어 통역관: ☐ 예 ☐ 아니요 번역: ☐ 예 ☐ 아니요
우편주소(거주지 주소와 다를 경우) 시 주 우편번호	

기본 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 직장 ☐ 메시지 수신 번호 ( ) -	기타 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 직장 ☐ 메시지 수신 번호 ( ) -

이메일 주소

관계 유형 및 역할	법적 관계 (서류 첨부)	신청인과 동거 ☐ 예 ☐ 아니요

다른 대리인 이름 / 역할 / 이메일

다른 대리인 이름 / 역할 / 이메일

서명(들)

성인 신청인의 서명 날짜

부모 또는 법적 대리인의 서명 날짜	법적 관계

DDA 가입 결정 신청 안내

필수 첨부서류 목록 필수 첨부서류 없이 신청서를 제출하면 승인을 받지 못합니다.

☐ 모든 항목을 작성하여 서명한 신청서.

☐ 서명한 HIPAA 양식(개인신상정보 보호관례 통지서(Notice of Privacy Practices)).

☐ 개인신상정보 공유 동의서 - 모든 관련자의 전화번호를 포함해야 합니다. 13세 이상의 신청인은 반드시 서명을 해야 합니다.

☐ 법적 대리인이 있을 경우 보호인 증빙 서류나 권한을 명시하는 기타 법원 서류 사본.

신청인 정보 신청인은 DDA 등록을 요청한 사람에 해당합니다.

신청인 이름: 신청인의 법적 이름을 기입해주십시오. 별명을 기입하지 마십시오.

생년월일: 신청인의 생년월일을 월, 일, 연도로 기입해주십시오.

성별: 가장 적절한 답변을 선택하시거나 이 질문에 답변하지 않기를 원하신다면 모름/미보고를 선택해주십시오.

신청인의 결혼 상태: 신청인의 현재 결혼 상태를 표시해주십시오.

소통: 신청인의 소통 방법을 표시해주십시오. 신청인에게 통역사나 서류 번역이 필요하다면 상자에 예를 표시해주십시오. 신청인이 영어로 말하고 이해할 수 있는지, 제한적으로 영어를 구사할 수 있는지 표시해주십시오. 신청인의 기본 구술 언어 및 서면 언어 또는 의사소통 수단을 기입하십시오. 예를 들어, 영어수화(ASL)나 다른 수화법, 브라유 점자법 또는 신청인이 사용하는 TDD나 기타 의사소통 장치를 기입하십시오.

부족 가입: 신청인이 부족민에 해당한다면 부족 가입을 적어주십시오. 그렇지 않다면 “N/A”를 기입해주십시오.

사회보장번호: 신청인의 사회보장번호가 있다면 기입해주십시오.

학력: 신청인의 최종 학력 수준이나 유형을 기입해주십시오.

민족 코드: 신청인이 속한 민족을 가장 잘 나타내는 답변을 표시해주십시오. **히스패닉**: 신청인이 히스패닉이라면 예를 표시해주십시오.

Medicare: 신청인이 Medicare를 받는다면 예를 표시해주십시오. Medicare 유형을 기입해주십시오. A, B, C, D.

기타 보험: 다른 건강 보험 플랜이 있다면 (정부 또는 민간) 이름을 기입해주십시오.

신청자의 평상 시 주거 실태: 신청인의 현재 주거 실태를 가장 잘 설명하는 상자를 체크해주십시오.

문의처 정보: 신청인의 현재 주거지 주소와 우편주소, 전화번호를 기입해주십시오.

학군: 신청인이 취학한 학군을 기입해주십시오. 각 학군의 전화번호를 포함해주십시오. 학군 기록을 신청하시려면 동의서에 포함되어 있어야 합니다.

신청 사유: 신청 사유와 신청인이나 신청인의 가족이 관심을 가진 서비스 목록을 기입해주십시오.

발달 장애: 신청인의 진단을 한 건 이상 표시하시고 최초 진단 연령을 표시해주십시오. 더 자세히 설명하기 위해 추가 종이를 사용하셔도 좋습니다.

장애 신청: 신청인이 작년에 장애 판정을 신청하였는지 여부를 표시해주십시오. 여기에는 사회보장, 보충보증소득, 비보조금 의료지원이 포함됩니다. 이 정보는 저희가 기록 위치를 파악하는데 도움이 됩니다.

대리인 정보: 신청인과 연락을 취할 수 없을 때, 신청인에게 연락처를 제공해줄 수 있는 사람의 이름과 연락처를 적어주십시오. **주요 사용 언어:** 언어를 기입하시고 통역 또는 번역이 필요한지 여부를 밝혀주십시오.

관계 유형 / 역할: 대리인이 신청인을 어떻게 알고 있는지, 또는 어떤 관계인지 작성해주십시오.

법적 대리인: 법적 관계가 존재한다면 기입해주십시오. 법적 대리인은 18세 미만 자녀의 법적 결정권을 가진 부모, 당사자의 법정 후견인, 당사자의 의료문제에 대한 결정 권한이 있는 제한적 후견인, 당사자의 변호사, 위임장에 의한 당사자의 대리인(의료문제에 대한 결정 권한을 위임 받은 사람), 또는 당사자를 대리할 법적 권한이 있는 사람을 의미합니다. 법적 관계 서류를 신청서에 첨부해야 합니다.

신청인 및/또는 법적 대리인 서명 신청인의 나이가 18세 미만이면, 신청인의 부모 또는 법적 대리인이 신청서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다. 신청인 나이가 18세 이상이면, 신청인 또는 법적 대리인이 신청서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

신청서와 필수 첨부서류를 아래의 해당 사무소로 반송하십시오.

지역 1 본부 (**서비스 카운티:** Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)
1611 W Indiana Ave
Spokane, WA 99205-4221
무료 전화: 1-800-462-0624

지역 2 본부 (**서비스 카운티:** Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
무료 전화: 1-800-788-2053

지역 3 본부 (**서비스 카운티:** Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
무료 전화: 1-800-248-0949

DDA 자격에 관한 자세한 정보는 다음을 통해 확인해주십시오. https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility.