Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Developmental Disabilities Administration (DDA)
ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາເບິ່ງການຈົດຊື່ລົງທະບຽນຂອງ
DDA
Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only
☐ Initial ☐ Reapplication
DDA Number:

ລາຍລະອຽດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ
ເພດ ☐ ຍິງ ☐ ຊາຍ ☐ ບໍ່ແມ່ນທັງສອງ ☐ ປະສົງບໍ່ຢາກບອກ ☐ ບໍ່ໄດ້ລາຍງານ/ບໍ່ຮູ້ຈັກ	ສະພາບການແຕ່ງງານ ☐ ບໍ່ເຄີຍແຕ່ງງານຈັກເທື່ອ ☐ ແຍກທາງກັນ ☐ ຢ່າຮ້າງ ☐ ແຕ່ງງານ ☐ ແຍກທາງກັນ ☐ ຂາຄູ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ ☐ ພໍ່ຫມ້າຍແມ່ຫມ້າຍ	ການຈົດຊື່ນຳຍຸນເຜົ່າ ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ ຣະດັບ ຫລື ຂຸະນິດຂອງການສຶກສາສູງສຸດ

ຄວາມຕ້ອງການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ
ນາຍແປພາສາຕ້ອງມີ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ແປພາສາເອກສານ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ພາສາຂຸນຕົ້ນຕໍ:
ປາກພາສາອັງກິດ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຈຳກັດ
ເວົ້າໃຈພາສາອັງກິດ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ☐ ຈຳກັດ
ພາສາເວົ້າຕົ້ນຕໍ:

ຣະຫັດສຳລັບຍຸນເຜົ່າ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ)
☐ ຄົນອາເມຣິກັນ ຫລື ອາລາສກາດັ້ງເດີມ ☐ ຄົນຜິວດຳ ຫລື ແອຟຣິກັນອາເມຣິກັນ
☐ ຄົນຜິວຂາວ ☐ ຄົນເອເຊັຽ ☐ ຄົນຮາວາຍດັ້ງເດີມ/ຄົນເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ
☐ ບໍ່ໄດ້ລາຍງານ

ຄົນຣິສແປນິກ
☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

Medicare
☐ ແມ່ນ; ຂຸະນິດ:
☐ ບໍ່ແມ່ນ
ປະກັນພັຍອື່ນໆ:

ສະພາບການທີ່ຢູ່ອາສັຍຕາມປົກກະຕິຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ
☐ ຜູ້ໃຫຍ່-ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວມີໃບອະນຸຍາດ
☐ ເຮືອນຂອງຍາດພີ່ນ້ອງ
☐ ໂຮງພະຍາບານ, ການພະຍາບານ
☐ ສະຖານທີ່ດັດສ້າງ/ຄຸກ
☐ ເຮືອນຂອງພໍ່ແມ່
☐ ອື່ນໆ, ບັນຣະຍາຍ:
☐ ຄົນບໍ່ມີເຮືອນຢູ່
☐ ເດັກນ້ອຍ – ເຮືອນລ້ຽງເດັກທຳຜ້າ
☐ ເຮືອນຂອງຕົນເອງ
☐ ໂຮງພະຍາບານ, ໂຮກຈິດ
☐ ບ່ອນເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າຫລືຄົນບໍ່ແຂງແຮງ

ທີ່ຢູ່ຖະນົນ ເມືອງ ຣັດ ຊິບໂຄດ	ຄາວຕີ້ຂອງບ່ອນຢູ່ອາສັຍ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ) ເມືອງ ຣັດ ຊິບໂຄດ	ຣັດວໍຊິງຕັນແມ່ນບ່ອນບັນທຶກທະຫານ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ ( ) - ☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ວຽກງານ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້	ເລກໂທຣະສັບເລກອື່ນ ( ) - ☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ວຽກງານ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້

ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

ຂຸນຊື່ຂອງຫມວດໂຮງຮຸນທີ່ໄດ້ເຂົ້າແລະວັນທີ

ບອກພວກເຮົາວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງຂໍເອົາ

ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານການຈະເຣີນເຕີບໂຕ ແລະ ອາຍຸທຳອິດທີ່ຖືກສັງເກດເຫັນ
ອາຍຸທຳອິດທີ່ຖືກກວດພົບ:

☐ ຄວາມຜິດປົກກະຕິສື່ສານແລະອາຣົມ ☐ ໂຣກລົມບ້າຫມູ ☐ ໂຣກອັມມະພາດ
☐ ຄວາມເສັຽອົງຄະທາງສະຕິປັນຍາ ☐ ອາການໂກຣໂມໂຊມ ☐ ອາການຣະບົບປະສາດ
☐ ຄວາມຊັກຊ້ານຳການຈະເຣີນເຕີບໂຕ

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາຣະນາເບິ່ງຄວາມເສັຽອົງຄະ
ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຍື່ນຂໍເອົາເງິນເສັຽອົງຄະຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ, ເງິນຄວາມປອດພັຍເພີ້ມເຕີມ, ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນມານຳຂອງກົມ DSHS ໃນປີຜ່ານມາບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຣາຍຣະອຽດຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ພາສາຕົ້ນຕໍ ນາຍແປພາສາ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ ນາຍແປເອກສານ: ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຣັດ ຊິບໂຄດ	

ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ		ເລກໂທຣະສັບເລກອື່ນ	
( ) -	☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ວຽກງານ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້	( ) -	☐ ມືຖື ☐ ເຮືອນ ☐ ວຽກງານ ☐ ສົ່ງຄວາມໄວ້

ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌

ຊະນິດແລະບົດບາດຂອງຄວາມສັມພັນ	ຄວາມສັມພັນທາງກົດໝາຍ (ຄັດເອກສານມານຳ)	ອາສັຍນຳຜູ້ຮ້ອງຂໍ ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າອີກຄົນນຶ່ງ/ບົດບາດ/ອີເມລ໌

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າອີກຄົນນຶ່ງ/ບົດບາດ/ອີເມລ໌

ລາຍເຊັນ

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຜູ້ທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ວັນທີ

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ	ຄວາມສັມພັນທາງກົດໝາຍ

ຄຳແນະນຳສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາເບິ່ງການຈົດຊື່ລົງທະບຽນຂອງ DDA

ລາຍການຂອງສິ່ງຄັດມາມ່ຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີ ໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້ບໍ່ສາມາດຖືກຮັບເອົາໄດ້ໂດຍປາສຈາກສິ່ງຄັດມາມ່ຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີ.

☐ ຄຳຮ້ອງທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວທີ່ທຸກໆພາກສ່ວນໄດ້ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວ.

☐ ໃບຟອມ HIPAA ທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ (ໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບພາກປະຕິບັດເຣື່ອງຄວາມລັບສ່ວນຕົວ).

☐ ໃບອະນຸຍາດທີ່ຈະແລກປ່ຽນຣາຍຣະອຽດຄວາມລັບທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວ — ລວມທັງເລກໂທຣະສັບສຳລັບຄົນຕິດຕໍ່ຫາທຸກໆຄົນ. ຜູ້ສະມັກອາຍຸ 13 ຫລື ແກ່ກວ່າຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.

☐ ຖ້າມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ, ໃບອັດສຳເນົາຂອງເອກສານການຂອງຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຫລື ເອກສານຈາກສານອື່ນໆທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນສິດອຳນາດ.

ຣາຍຣະອຽດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແມ່ນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງຜະແນກ DDA ໄດ້ຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້.

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຂຽນຊື່ຕາມກົດໝາຍຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ຢ່າສູ່ໃສ່ຊື່ຫລິ້ນ.

ວັນເກີດ: ຂຽນເດືອນ, ວັນ ແລະ ປີຂອງວັນເກີດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ເພດ: ເລືອກເອົາຄຳຕອບທີ່ເໝາະສົມທີ່ສຸດ ຫລື ບໍ່ຮູ້ຈັກ / ບໍ່ໄດ້ລາຍງານຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍຂອບໃຈທີ່ຈະບໍ່ຕອບຄຳຖາມອັນນີ້.

ສະພາບການແຕ່ງງານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຂຽນບອກສະພາບການແຕ່ງງານປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ການຕິດຕໍ່ສື່ສານ: ຂຽນບອກແບບວິທີຂອງການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍຕ້ອງການມາຍແປພາສາ ຫລື ການແປເອກສານຕິດຕໍ່ສື່ສານໃຫ້ໝາຍໃສ່ບອກ໌ເພື່ອຈະຊີ້ບອກວ່າ ແມ່ນ. ຂຽນບອກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍປາກເວົ້າ, ເຂົ້າໃຈ ຫລື ມີຄວາມຮູ້ດ້ານພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ ຫລື ບໍ.ຂຽນໃສ່ພາສາປາກເວົ້າຕົ້ນຕໍ ແລະພາສາຂີດຂຽນ ຫລື ແບບວິທີການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ລວມທັງພາສາອະເມຣິກັນໃຊ (ASL) ຫລື ພາສາໃບ້ອື່ນໆ, ຕົວໜັງສືສຳລັບຄົນຕາບອດ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໃຊ້ຣະບົບ TDD ຫລື ເຄື່ອງອຸບປະກອນການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອື່ນໆ.

ການຈົດຊື່ນຳຊົມເຜີ່ຳ: ຂຽນລົງໄປການຈົດຊື່ນຳຊົມເຜີ່ຳຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າມີຢູ່. ບໍ່ດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ຂຽນໃສ່ວ່າ "N/A."

ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ: ຂຽນໃສ່ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າມີຢູ່ເລກນຶ່ງ.

ການສຶກສາ: ຂຽນໃສ່ຣະດັບສູງສຸດ ຫລື ຊະນິດຂອງການສຶກສາທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮຽນມາ.

ຣະຫັດສຳລັບຊົມເຜີ່ຳ: ຂຽນບອກຄຳຕອບທີ່ບັນຣະຍາຍຊົມເຜີ່ຳຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ດີທີ່ສຸດ.

ຣິສແປນິກ: ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຄົນອິສແປນິກໃຫ້ໝາຍບອກວ່າ ແມ່ນ.

Medicare: ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮັບເມດິແຄຣ໌ໃຫ້ໝາຍບອກວ່າ ແມ່ນ. ຂຽນລົງໄປຊະນິດຂອງ: Medicare: A, B, C, D.

ປະກັນພັຍອື່ນໆ: ຂຽນຊື່ຂອງໂຄງການປະກັນພັຍສຸຂະພາບອື່ນໆທຸກໆຢ່າງ (ຂອງຣັດຖະບານ ຫລື ເອກຊົນ), ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ.

ສະພາບການທີ່ຢູ່ອາສັຍຕາມປົກກະຕິຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ໝາຍໃສ່ບອກ໌ທີ່ບັນຣະຍາຍການຈັດຫາທີ່ຢູ່ອາສັຍປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ດີທີ່ສຸດ.

ຣາຍຣະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່: ຂຽນທີ່ຢູ່ອາສັຍປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ແລະ ເລກໂທຣະສັບ.

ໝໍ ວດໂຮງຮຽນ: ຂຽນໃສ່ໝໍ ວດໂຮງຮຽນທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ເຂົ້າ — ລວມທັງເລກໂທຣະສັບສຳລັບແຕ່ລະໝໍ ວດໂຮງຮຽນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກໃຫ້ພວກເຮົາຂໍເອົາບັນທຶກ, ຊື່ຂອງໝໍ ວດໂຮງຮຽນຕ້ອງຖືກບົ່ງຢູ່ໃນ ໃບອະນຸຍາດອີກຄືກັນ.

ເຫດຜົນຂອງການຮ້ອງຂໍເອົາ: ຂຽນບອກເຫດຜົນສຳລັບການຮ້ອງຂໍເອົາ ແລະ ຂຽນລົງໄປການບໍຣິການທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍສົນໃຈນຳ.

ຄວາມສ່ຽງອົງຄະດ້ານການຈະເຣີນເຕີບໂຕ: ໝາຍບອກການກວດພົບພະຍາດແນວນຶ່ງ ຫລື ຫລາຍແນວສຳລັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແລະ ອາຍຸຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ເອົາເຈົ້າໄດ້ຖືກກວດພົບເທື່ອທຳອິດ. ໃຫ້ໃຊ້ເຈ້ຍອີກໃບນຶ່ງໄດ້ຕາມສະບາຍເພື່ອຈະບອກພວກເຮົາເພີ້ມເຕີມ.

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາຄວາມສ່ຽງອົງຄະ: ໝາຍບອກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາເບິ່ງຄວາມສ່ຽງອົງຄະໃນປີຜ່ານມາ ຫລື ບໍ. ອັນນີ້ສາມາດເປັນເງິນຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ, ເງິນຄວາມປອດພັຍເພີ້ມເຕີມ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນມາມ່ຳ. ຣາຍຣະອຽດອັນນີ້ສາມາດຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການຊອກຫາບັນທຶກ.

ຣາຍຣະອຽດຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ: ຊື່ ແລະ ຣາຍຣະອຽດການຕິດຕໍ່ຫາຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ເອົາຣາຍຣະອຽດການຕິດຕໍ່ໃຫ້ພວກເຮົາຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້.

ພາສາຕົ້ນຕໍ: ຂຽນພາສາ ແລະ ຫມາຍບອກວ່າການແປພາສາ/ການແປເອກສານຈະຕ້ອງການ ຫລື ບໍ.

ຂະນິດຂອງຄວາມສັມພັນ / ບົດບາດ: ຂຽນໃສ່ວ່າຜູ້ຕາງໜ້າຈະຮູ້ຈັກ ຫລື ມີຄວາມສັມພັນນຳຜູ້ຮ້ອງຂໍແນວໃດ.

ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ: ຂຽນຄວາມສັມພັນທາງກົດຫມາຍໃສ່ຖ້າມີຢູ່. ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍແມ່ນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍອາຍຸຕ່ຳກວ່າສິບແປດປີທີ່ມີສິດອຳນາດໃນການທຳການຕັດສິນໃຈຕາມກົດຫມາຍ; ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດຫມາຍຂອງບຸກຄົນ; ຜູ້ປົກຄອງຈຳກັດຂອງບຸກຄົນເມື່ອເວລາຜູ້ປົກຄອງຈຳກັດມີສິດອຳນາດກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເຣື່ອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ; ທະນາຍຄວາມຕາມກົດຫມາຍຂອງບຸກຄົນ; ທະນາຍຄວາມຕາມຄວາມຈິງຂອງບຸກຄົນ (ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຈະທຳການຕັດສິນໃຈເຣື່ອງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ); ຫລື ຄົນອື່ນໆຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດຕາມກົດຫມາຍໃຫ້ທຳຕົວເປັນບຸກຄົນທີ່ມີຄຳຖາມ. ເອກສານບັນທຶກຂອງຄວາມສັມພັນທາງກົດຫມາຍຕ້ອງຖືກລວມຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແລະ/ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ, ພໍ່ແມ່ຂອງເອົາເຈົ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃບຄຳຮ້ອງ. ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍມີອາຍຸ 18 ປີ ຫລື ກາຍກວ່າ, ບໍ່ວ່າຈະແມ່ນຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍຂອງເອົາເຈົ້າຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃບຄຳຮ້ອງ.

<u>ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງ ແລະ ເອກສານຄັດມານຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີໄປຫາຫ້ອງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.</u>

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 1 (ລາວຕິທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: 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
ໂທຟຣີ: 1-800-462-0624

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 2 (ລາວຕິທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
ໂທຟຣີ: 1-800-788-2053

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 3 (ລາວຕິທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
ໂທຟຣີ:1-800-248-0949

ເພື່ອຣາຍຣະອຽດເພີ້ມເຕີມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງ DDA, ຈົ່ງໄປທີ່ https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility.