Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Developmental Disabilities Administration (DDA)

Cerere de determinare a înscrierii în DDA

Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only (Pentru utilizare exclusivă în cadrul biroului)
☐ Initial ☐ Reapplication
DDA Number:

Informații despre solicitant

Prenume	Inițiala tatălui	Nume	Data nașterii

Sexul	Starea civilă	Înregistrare tribală
☐ Femeie ☐ Bărbat ☐ Non-binar ☐ Prefer să nu spun ☐ Nedeclarat/ Necunoscut	☐ Nu a fost niciodată căsătorit(ă) ☐ Despărțit(ă) ☐ Divorțat(ă) ☐ Căsătorit(ă) ☐ Despărțit(ă) ☐ Partener(ă) necăsătorit(ă) ☐ Văduv(ă)	Număr de asigurare socială Nivelul sau tipul cel mai înalt de educație

Nevoile de comunicare ale solicitantului

Interpret necesar: ☐ Da ☐ Nu
Traducere documente: ☐ Da ☐ Nu
Limba scrisă principală:

Vorbește limba engleză: ☐ Da ☐ Nu ☐ Limitat
Înțelege limba engleză: ☐ Da ☐ Nu ☐ Limitat
Limba vorbită principală:

Coduri etnice (bifați toate variantele care se aplică)

☐ American sau indigen din Alaska ☐ Negru sau afro-american
☐ Alb ☐ Asiatic ☐ Nativ hawaiian / din alte insule din Pacific
☐ Nedeclarat

Hispanic
☐ Da ☐ Nu

Medicare	Situația locativă obișnuită a solicitantului	
☐ Da; tip: ☐ Nu Altă asigurare:	☐ Facilitate autorizată pentru adulți ☐ Locuința unei rude ☐ Spital, medical ☐ Instituție corecțională / închisoare ☐ Locuința părintelui ☐ Altele, descrieți:	☐ Fără locuință ☐ Copil - centru de plasament ☐ Locuința proprie ☐ Spital, psihiatric ☐ Instituție de asistență medicală

Strada adresei	Oraș	Stat	Cod poștal	Țara de reședință

Adresa poștală (dacă este diferită)	Oraș	Stat	Cod poștal	Washington este reședința militară de referință: ☐ Da ☐ Nu

Număr de telefon principal		Alt număr de telefon	
( ) -	☐ Telefon mobil ☐ Domiciliu ☐ Telefon de serviciu ☐ Mesaj	( ) -	☐ Telefon mobil ☐ Domiciliu ☐ Telefon de serviciu ☐ Mesaj

Adresa de e-mail

Enumerați districtele școlare frecventate și datele

Spuneți-ne motivul pentru care depuneți solicitarea

Dizabilitatea de dezvoltare și vârsta la care a fost observată prima dată
Vârsta la care s-a diagnosticat:

☐ Autism ☐ Epilepsie ☐ Paralizie cerebrală
☐ Dizabilitate intelectuală ☐ Afecțiune cromozomială ☐ Afecțiune neurologică
☐ Întârziere în dezvoltare

Solicitare pentru serviciul de stabilire a dizabilităților
Solicitantul a aplicat pentru beneficii Social Security pentru dizabilități, Supplemental Security Income, sau DSHS Non-Grant Medical Assistance în ultimul an? ☐ Da ☐ Nu

Informații privind reprezentantul

Prenume	Inițiala tatălui	Nume	Limba principală Interpret: ☐ Da ☐ Nu Traducere: ☐ Da ☐ Nu
Adresa poștală (dacă este diferită) Oraș		Stat Cod poștal	

Număr de telefon principal ( ) - ☐ Telefon mobil ☐ Domiciliu ☐ Telefon de serviciu ☐ Mesaj	Alt număr de telefon ( ) - ☐ Telefon mobil ☐ Domiciliu ☐ Telefon de serviciu ☐ Mesaj

Adresa de e-mail

Tipul de relație și rolul	Relația juridică (documente anexate)	Locuiește cu solicitantul ☐ Da ☐ Nu

Numele celuilalt reprezentant/ Rol/ E-mail

Numele celuilalt reprezentant/ Rol/ E-mail

Semnătură (semnături)

Semnătura solicitantului adult Data

Semnătura părintelui sau a reprezentantului legal Data	Relație juridică

Instrucțiuni privind cererea de determinare a înscrierii în DDA

Lista documentelor obligatorii atașate Această cerere nu poate fi acceptată fără documentele obligatorii.

- ☐ Cerere semnată cu toate părțile completate.
- ☐ Formular HIPAA semnat (Notă privind practicile de respectare a intimității).
- ☐ Consimțământ pentru schimbul informațiilor confidențiale semnat – inclusiv numere de telefon pentru toate persoanele de contact. Solicitanții cu vârsta de 13 ani sau mai mare trebuie să semneze.
- ☐ Dacă există un reprezentant legal, copii ale actelor privind rolul de tutore sau alte documente juridice care indică autoritatea.

Informații despre solicitant Solicitantul este persoana pentru care se solicită înscrierea în DDA.

Numele solicitantului: Introduceți numele legal al solicitantului. Nu introduceți aliasuri.

Data nașterii: Introduceți luna, ziua și anul pentru data nașterii solicitantului.

Sexul: Alegeți răspunsul care se aplică cel mai bine sau necunoscut/ nedeclarat dacă solicitantul preferă să nu răspundă la această întrebare.

Starea civilă a solicitantului: Indicați starea civilă actuală a solicitantului.

Comunicare: Indicați metoda/ metodele de comunicare a/ale solicitantului. Dacă solicitantul necesită un interpret sau traducerea corespondenței scrise, bifați caseta pentru a indica DA. Indicați dacă solicitantul vorbește, înțelege, sau are un nivel limitat pentru limba engleză. Scrieți limba vorbită sau metoda de comunicare principală a solicitantului, inclusiv Limbajul American al Semnelor (American Sign Language - ASL) sau alt limbaj al semnelor, Braille, sau dacă solicitantul folosește un TDD sau un alt dispozitiv de comunicare.

Înregistrare tribală: Scrieți informațiile privind înregistrarea tribală a solicitantului, dacă este cazul. În caz contrar, scrieți „N/A.”

Numărul de asigurare socială: Scrieți numărul de asigurare socială (Social Security Number) al solicitantului, dacă există.

Educație: Scrieți nivelul cel mai înalt de educație sau tipul de educație obținut de solicitant.

Coduri etnice: Indicați răspunsul/răspunsurile care descriu cel mai bine etnicitatea solicitantului.
Hispanic: Dacă solicitantul este Hispanic, indicați DA.

Medicare: Dacă solicitantul beneficiază de Medicare indicați DA. Scrieți tipul/tipurile de Medicare: A, B, C, D.

Altă asigurare: Introduceți numele oricărui alt tip de plan de asigurare de sănătate (guvernamental sau privat), după caz.

Situația locativă obișnuită a solicitantului: Bifați caseta care descrie cel mai bine locul în care trăiește în prezent solicitantul.

Informații de contact: Scrieți adresa domiciliului actual, adresa de corespondență și numărul/numerele de telefon ale solicitantului.

Districte școlare: Scrieți districtele școlare la care a participat solicitantul - includeți un număr de telefon pentru fiecare district. Dacă doriți ca noi să solicităm înregistrări, districtele școlare trebuie să fie listate de asemenea în Consimțământ.

Motivul solicitării: Scrieți motivul/motivele solicitării și listați serviciile de care este interesat solicitantul sau familia acestuia.

Dizabilitate legată de dezvoltare: Indicați unul sau mai multe diagnostice pentru solicitant și vârsta la care solicitantul a fost diagnosticat. Puteți utiliza o altă foaie de hârtie pentru a ne furniza mai multe informații.

Solicitări legate de dizabilități: Indicați dacă solicitantul a aplicat pentru stabilirea dizabilității în ultimul an. Aceasta ar putea fi pentru Social Security, Supplemental Security Income sau Non-Grant Medical Assistance. Aceste informații ne pot asista la găsirea înregistrărilor.

Informații privind reprezentantul: Numele și informațiile de contact ale persoanei care îl va putea contacta pe solicitant sau care ne va putea furniza informații de contact în cazul în care nu reușim să contactăm solicitantul. **Limba principală:** Indicați limba și dacă este necesară interpretarea/ traducerea.

Tipul relației/ Rol: Scrieți modul în care reprezentantul îl cunoaște pe sau are legătură cu solicitantul.

Reprezentantul legal: Scrieți relația juridică dacă există una. Reprezentant legal înseamnă un părinte al unui copil cu vârsta sub optsprezece ani cu autoritatea legală de a lua decizii; tutorele legal al unei persoane; tutorele cu capacități limitate când tutorele cu capacități limitate are autoritate în deciziile legate de sănătate; împuternicitul unei persoane; mandatarul unei persoane (o persoană cu mandat care a fost autorizată să ia decizii legate de îngrijirea medicală); sau orice altă persoană care este autorizată de lege să acționeze în numele persoanei respectivă. Documentele aferente relației juridice trebuie incluse împreună cu cererea.

Semnătura solicitantul și/sau a Reprezentantului legal Dacă solicitantul are mai puțin de 18 ani, părintele sau reprezentantul său legal trebuie să semneze și să dateze cererea. Dacă solicitantul are peste 18 ani, cererea poate fi semnată și datată fie de solicitant, fie de reprezentantul său legal.

Returnați cererea și documentele obligatorii atașate la biroul corespunzător de mai jos.

Sedii în Regiunea 1 (**pentru districtele:** 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

Număr gratuit: 1-800-462-0624

Sedii în Regiunea 2 (**pentru districtele:** Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
Număr gratuit: 1-800-788-2053

Sedii în Regiunea 3 (**pentru districtele:** Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
Număr gratuit: 1-800-248-0949

Pentru mai multe informații privind eligibilitatea DDA, accesați https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility.