

FOR OFFICE USE ONLY

Reapplication Initial
:DDA NUMBER

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

طلب تحديد الأهلية من إدارة إعاقات النمو (DDA)

Request for DDA Eligibility Determination

معلومات مُقدّم الطلب		الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد
النوع الاجتماعي	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير معروف / غير مبلغ عنها	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مُطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> غير متزوج <input type="checkbox"/> أرمل	احتياجات التواصل مع مُقدّم الطلب	يلزم وجود مترجم فوري: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ترجمة المستندات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا لغة الكتابة الأساسية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الرموز العرقية (حدد كل ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> أمريكي أصلي أو من ألاسكا <input type="checkbox"/> آسيوي	أمريكي أسود أو أفريقي أمريكي أصلي من هاواي / غير ذلك من جزر المحيط الهادئ	<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير مبلغ عنه	اسباني أصلي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التسجيل القبائلي
المساعدة الطبية	<input type="checkbox"/> نعم؛ النوع: <input type="checkbox"/> لا تأمين آخر:	وضع الإقامة المعتادة لمُقدّم الطلبات	<input type="checkbox"/> منشأة مرخصة للكبار <input type="checkbox"/> الطفل - بيت تربي فيه <input type="checkbox"/> مرفق الإصلاحية / السجن <input type="checkbox"/> مرفق التمريض	بلا مأوى المستشفى، طبي المستشفى، نفسية غير ذلك، اذكر وصفه:	رقم التأمين الاجتماعي
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة محل الإقامة	أعلى مستوى تعليمي أو نوعه
عنوان المراسلة (إن اختلف) المدينة	الولاية	الرمز البريدي	ولاية واشنطن هي محل الإقامة القانوني <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم الهاتف الرئيسي	رقم الهاتف البديل
رقم الهاتف الرئيسي	() -	المحمول	رقم الهاتف البديل	() -	رقم الهاتف البديل
المحمول	المنزل	جهة العمل	الرسالة	المحمول	المنزل
جهة العمل	الرسالة	عنوان البريد الإلكتروني	المحمول	المنزل	جهة العمل
الرسالة	عنوان البريد الإلكتروني	المحمول	المنزل	جهة العمل	الرسالة
قائمة مناطق المدارس التي تم الانتظام فيها والتواريخ	أخبرنا لماذا تقدم هذا الطلب	إعاقة النمو والسن عندما لوحظت أول مرة السن عندما تم التشخيص أول مرة:	التوحد الشلل الدماغي حالة الكروموسومات تأخر النمو	طلب الحصول على خدمة تحديد الإعاقة هل تقدم مُقدّم الطلب بطلبات للحصول على إعانات الضمان الاجتماعي للإعاقة، أو دخل الضمان الإضافي، أو المساعدة الطبية غير المخصصة للمنحة من الإدارة الاجتماعية والخدمات الصحية (DSHS) في العام الماضي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	السرعة الإعاقة الذهنية الحالة العصبية
معلومات الممثل	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللغة الأساسية	مترجم: الترجمة:
عنوان المراسلة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	عنوان البريد الإلكتروني	رقم الهاتف الرئيسي
رقم الهاتف الرئيسي	() -	المحمول	المنزل	جهة العمل	الرسالة
رقم الهاتف الرئيسي	() -	المحمول	المنزل	جهة العمل	الرسالة
نوع الصلة / الدور	العلاقة القانونية (إرفاق مستندات)	يقيم مع مُقدّم الطلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم الوالد الآخر	التوقيع (التوقيعات)	توقيع مُقدّم الطلب البالغ
اسم الوالد الآخر	التاريخ	الصلة القانونية	التاريخ	توقيع أحد الأبوين أو الممثل القانوني	

تعليمات طلب تحديد الأهلية من إدارة إعاقات النمو (DDA)

قائمة بالمرفات اللازمة لا يمكن قبول هذا الطلب بدون المرفقات اللازمة.

- الطلب الموقع بعد ملء وتعبئة كل الأجزاء.
- استمارة قانون إخضاع التأمين الصحي للنقل والمساءلة (HIPAA) موقّعة (إخطار بممارسات الخصوصية).
- استمارة موقّعة على تبادل المعلومات السرية – تتضمن أرقام الهواتف لكل جهات الاتصال. يجب التوقيع على المتقدمين البالغ عمرهم 13 سنة أو الأكبر سناً.
- إذا كان هناك ممثل قانوني، فيجب توفير نُسخ من أوراق الوصاية أو غيرها من وثائق المحكمة التي تبين السلطة.

معلومات مقدم الطلب مُقدم الطلب هو الشخص الذي يجري طلب أهلية له من إدارة إعاقات النمو (DDA).

اسم مقدم الطلب: أدخل الاسم القانوني لمقدم الطلب. لا تكتب ألقاباً.

تاريخ الميلاد: أدخل شهر ويوم وسنة تاريخ ميلاد مقدم الطلب.

النوع: اختر الإجابة الأكثر ملاءمة للطلب أو اختر "غير معروف / غير مبّلع عنه" إذا كان مقدم الطلب يفضل عدم الإجابة عن هذا السؤال.

الحالة الاجتماعية لمقدم الطلب: حدد الحالة الاجتماعية الحالية لمقدم الطلب.

الاتصال: حدد طريقة (طرق) الاتصال بمقدم الطلب.

إذا كان مُقدم الطلب يحتاج إلى مترجم فوري، فحدد المربع الذي بجوار كلمة "نعم".

حدد ما إذا كان مقدم الطلب يتحدث اللغة الإنجليزية أو يفهما فقط أو كان مستواه محدوداً فيها.

اكتب اللغة الرئيسية التي يتحدثها مُقدم الطلب ويكتب بها أو طريقة التواصل معه، بما في ذلك لغة الإشارات الأمريكية (ASL) أو أي لغة إشارات أخرى، أو طريقة برايل للمكفوفين، أو إذا كان مُقدم الطلب يستخدم جهاز TDD للصّم أو أي جهاز تواصل آخر.

التسجيل القبائلي: اكتب التسجيل القبائلي الخاص بمقدم الطلب، إن وجد. وإلا، فاكتب "لا ينطبق".

رقم الضمان الاجتماعي: اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمقدم الطلب، إن وجد.

التعليم: اكتب أعلى مستوى من التعليم الذي حصل عليه مقدم الطلب أو نوعه.

الرموز العرقية: حدد الإجابة (الإجابات) التي تصف بأفضل شكل ممكن الأصل العرقي لمقدم الطلب. من أصل إسباني: إذا كان مقدم الطلب من أصل إسباني، فحدد "نعم".

الرعاية الطبية من: **Medicare** إذا كان مقدم الطلب يتلقى رعاية طبية من Medicare، فحدد "نعم". اكتب نوع (أنواع) الرعاية الطبية من Medicare: A و B و C و D.

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

وضع الإقامة المعتادة لمقدم الطلب: حدد المربع الذي يصف ترتيب السكن الحالي لمقدم الطلب بأفضل وصف ممكن.

معلومات الاتصال: اكتب عنوان الإقامة الحالي لمقدم الطلب وعنوانه البريدي ورقم هاتفه (هواتفه).

مناطق المدارس: اكتب مناطق المدارس التي انتظم فيها مقدم الطلب - وتشمل رقم هاتف كل منطقة. إذا كنت تريدنا أن نطلب منهم بعض السجلات، فيجب كذلك إدراج مناطق المدارس في الموافقة.

سبب تقديم الطلب: اكتب سبب (أسباب) تقديم طلب الحصول على الخدمات، واسرد الخدمات التي يود مقدم الطلب أو أسرته الحصول عليها.

إعاقة النمو: تشير إلى تشخيص واحد أو أكثر لمقدم الطلب وكما كان عمره حين تم تشخيص هذه الإعاقة لديه واكتشافها أول مرة. لا تتردد في استخدام ورقة أخرى لتخبرنا المزيد من المعلومات.

طلبات الإعاقة: حدد ما إذا كان مقدم الطلب قد تقدم سابقاً بطلب لتحديد الإعاقة في العام الماضي. ربما كان ذلك الطلب خاصاً بالضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي أو للمساعدة الطبية غير المخصصة للمنج. تساعدنا مثل هذه المعلومات في تحديد أماكن السجلات.

معلومات الممثل: معلومات اسم وجهة الاتصال الخاصة بالشخص الذي سيتمكن من الاتصال بمقدم الطلب أو إعطائنا معلومات الاتصال، إذا عجزنا عن الوصول إلى مُقدم الطلب. اللغة الأساسية: اذكر اللغة مع الإشارة إلى ما إذا كانت هناك حاجة إلى ترجمة شفوية/ترجمة تحريرية.

نوع الصلة/الدور: اكتب كيف تعرف الممثل على مقدم الطلب أو هل توجد صلة قرابة بينهما.

الممثل القانوني: اكتب العلاقة القانونية إن كانت هناك علاقة قانونية. الممثل القانوني يعني أحد الأبوين - لطفل تحت سن الثامنة عشرة - يتمتع بسلطة قانونية لاتخاذ القرار؛ الوصي القانوني لشخص ما؛ الوصي المحدود لشخص ما عندما يتولى الوصي المحدود قرارات الرعاية الصحية؛ محامي شخص ما أمام القانون؛ وكيل شخص ما (شخص يحمل توكيلاً وتم تفويضه لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية)؛ أو أي شخص آخر مكلف بموجب القانون بالتصرف نيابة عن الشخص المشار إليه. يجب تضمين وثائق العلاقة القانونية مع الطلب.

توقيع مُقدم الطلب و/أو الممثل القانوني إذا كان مُقدم الطلب تحت سن الثامنة عشرة، يجب على والده أو والدها أو ممثله القانوني أو ممثله القانوني التوقيع على الطلب وتاريخه. إذا وصل مُقدم الطلب إلى سن الثامنة عشرة أو أكثر، يجب على مُقدم الطلب أو ممثله القانوني أو ممثله القانوني التوقيع على الطلب وتاريخه.

أعد الطلب والمرفات اللازمة لمكتب المراسلات أدناه.

المنطقة 1 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: أدامز، وأسوتين، وبنتون، وشيلان، وكولومبيا، ودوجلاس، وفيري، وفرانكلن، وجارفيلد، وجرائنت، وكينيتاس، وكليكينات، ولينكن، وأوكانوجان، وبيند أوريلي، وسبوكان، وستيفينز، ووالا والا، ووايتمان، وياكوما)

1611 W INDIANA AVE

SPOKANE WA 99205-4221

خالٍ من الرسوم: 1-800-462-0624

المنطقة 2 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: آيلاند، وكينج، وسان خوان، وسكاجيت، وسنوهوميش، وواتكوم)

20311 52ND AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

خالٍ من الرسوم: 1-800-788-2053

المنطقة 3 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: كلالام، وكلاكرك، وكوليتز، وجرايز هاربور، وجيفيرسون، وكينيساب، ولويس، وماسون، وباسيفيك، وبييرسي، وسكامانيا، وثورستون، وواهيكاكوم)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

خالٍ من الرسوم: 1-800-248-0949

لمزيد من المعلومات حول أهلية DDA، انتقل إلى <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.