

DDA资格审定申请表

Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial
 Reapplication
 DDA NUMBER:

申请人信息			
名字		中间名缩写	姓氏
出生日期			部落登记
性别 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 未知/未上报	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未婚同居 <input type="checkbox"/> 丧偶	申请人在交流沟通方面的需求 是否需要口译员： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 翻译文件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 主要书写语言： 是否说英语： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有限 是否可以理解英语： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有限 主要口头语言：	
民族代码（请勾选所有适用选项） <input type="checkbox"/> 美国人或阿拉斯加本土居民 <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 夏威夷/其他太平洋岛国原住民 <input type="checkbox"/> 未上报			西班牙裔 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有联邦医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是；类型： <input type="checkbox"/> 否 其它保险：		申请人的日常家庭情况 <input type="checkbox"/> 成人许可机构 <input type="checkbox"/> 无家可归 <input type="checkbox"/> 亲属的家 <input type="checkbox"/> 有小孩的家 <input type="checkbox"/> 普通医院 <input type="checkbox"/> 自己的家 <input type="checkbox"/> 劳教所/监狱 <input type="checkbox"/> 精神病医院 <input type="checkbox"/> 父母的家 <input type="checkbox"/> 养护院 <input type="checkbox"/> 其它，请描述：	
街道名称与门牌号码		城市	州
			邮政编码
			所居住的县
邮寄地址（若与住址不同，则需填写）		城市	州
			邮政编码
			华盛顿州是军人之家 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要电话号码 () -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 留言电话	其它电话号码 () -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 留言电话
电子邮件地址			
列出加入的学区和日期			
告诉我们您的申请理由			
发育性障碍和首次发现时的年龄 首次诊断时的年龄：		残疾认定服务申请 申请人去年是否申请过社保残疾福利、补充保障收入或 DSHS非资助医疗补助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 孤独症 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 脑麻痹 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 染色体疾病 <input type="checkbox"/> 神经疾病 <input type="checkbox"/> 发展迟缓			
代表的相关信息			
名字		中间名缩写	姓氏
主要语言			是否需要口译员： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否需要翻译： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
邮寄地址		城市	州
			邮政编码
主要电话号码 () -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 留言电话	其它电话号码 () -	<input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 留言电话
电子邮件地址			
关系类型/角色		法定关系（请随附证明）	
		与申请人居住在一起 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
其他家长的姓名			
签名			
成年申请人签名			日期
家长或法定代表签名		日期	法定关系

DDA资格审定申请表说明

所需附件的列表: 缺少所需附件, 申请概不受理。

- 填写完整且已签名的申请表。
- 经签署的HIPAA表格(保护隐私权通知书)。
- 已经签署的保密信息交换同意书 - 包括所有联系人的电话号码。年满13周岁的申请人必须签字。
- 如果有法定代表, 则包括监护权文件或其它显示权威的法院文件的副本。

申请人信息: 申请人是申请进行DDA资格审定的个人。

申请人姓名: 输入申请人的法定姓名。切勿输入昵称。

出生日期: 输入申请人的生日, 列出月、日和年。

性别: 选择最合适的答案或“未知/未上报”(如果申请人不愿回答此问题)。

申请人的婚姻状况: 指出申请人目前的婚姻状况。

交流沟通: 指出申请人的交流沟通方法。

如果申请人要求口译员或书面信函翻译, 请勾选此框表示“是”。

指出申请人是否说英语、理解英语, 或是英语水平有限。

填写申请人的主要口头和书面语言或交流沟通方式, 包括美国手语(ASL)或其他肢体语言, 盲文或申请人是否使用TDD或其他沟通设备。

部落登记: 填写申请人的部落登记信息(如有)。否则, 填写“N/A”

社保号: 填写申请人的社保号(如有)。

教育: 填写申请人取得的最高教育水平或类型。

民族代码: 指出最能准确描述申请人民族的答案。**西班牙裔:** 如果申请人是西班牙裔, 指出“是”。

是否有联邦医疗保险: 如果申请人有联邦医疗保险, 指出“是”。填写联邦医疗保险的类型: A, B, C, D。

其它保险: 输入任何其它(政府或私人)医疗保险计划的名称(如有)。

申请人的日常家庭情况: 勾选最能准确描述申请人目前住房安排的框。

联系信息: 填写申请人目前的住址、邮寄地址和电话号码。

学区: 填写申请人加入的学区 - 包括各个学区的电话号码。如果您想要我们申请记录, 则还必须在同意书上列出学区。

申请原因: 填写申请的原因并列出现申请人或申请人的家庭感兴趣的服务。

发育性障碍: 指出针对申请人的一项或多项疾病诊断, 以及申请人被首次诊断时的年龄。如想告诉我们更多, 请尽管再使用一张纸。

残疾申请: 指出申请人去年是否已申请了残疾认定。这可以是社保残疾福利、补充保障收入或非资助医疗补助。这些信息可协助我们找到记录。

代表的相关信息: 当我们无法联系到申请人时, 可以联系申请人或提供联系信息的个人的姓名和联系信息。**主要语言:** 列出语言并指出是否需要口译/翻译。

关系类型/角色: 填写代表如何知道或代表与申请人的关系。

法定代表: 填写法定关系(如有)。法定代表是拥有法定决策权的未满18周岁的儿童或青少年的父母; 个人的法定监护人; 个人的有限监护人(当次有限监护人具有健康护理决定权时); 个人的律师; 个人的代表(获得健康护理决定授权且持有委托书的个人); 或者法律授权代表相关个人采取行动的任何其他个人。申请中必须包含法定关系的证明。

申请人和/或法定代表签字: 若申请人未满18周岁, 该申请人的父母或法定代表必须签名并在申请表上填写日期。若申请人年满18周岁, 申请人本人或其法定代表必须签名并在申请表上填写日期。

请将申请书和要求的附件回邮至下方对应的办公室。

区域1总部(服务区县: 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
免费电话: 1-800-462-0624

区域2总部(服务区县: Island、King、San Juan、Skagit、Snohomish、Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
免费电话: 1-800-788-2053

区域3总部(服务区县: Clallam、Clark、Cowlitz、Grays Harbor、Jefferson、Kitsap、Lewis、Mason、Pacific、Pierce、Skamania、Thurston、Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903
免费电话: 1-800-248-0949

有关DDA资格的详情, 请浏览 <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>。