

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Cerere de determinare a eligibilității DDA
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication
DDA NUMBER:

Informații despre solicitant					
PRENUME		INIȚIALA CELUI DE-AL DOILEA PRENUME	NUME	DATA NAȘTERII	
SEXUL <input type="checkbox"/> Femeie <input type="checkbox"/> Bărbat <input type="checkbox"/> Necunoscut / Nedeclarat	STAREA CIVILĂ <input type="checkbox"/> Nu a fost niciodată căsătorit(ă) <input type="checkbox"/> Divorțat(ă) <input type="checkbox"/> Căsătorit(ă) <input type="checkbox"/> Despărțit(ă) <input type="checkbox"/> Partener(ă) necăsătorit(ă) <input type="checkbox"/> Văduv(ă)	NEVOILE DE COMUNICARE ALE SOLICITANTULUI Interpret necesar: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Traducere documente: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Limba scrisă principală:		Vorbește limba engleză: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Limitat Înțelege limba engleză: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Limitat Limba vorbită principală:	
CODURI ETNICE (BIFAȚI TOATE CELE CARE SE APLICĂ) <input type="checkbox"/> Indigen din America sau Alaska <input type="checkbox"/> Negru sau afro-american <input type="checkbox"/> Alb <input type="checkbox"/> Asiatic <input type="checkbox"/> Nativ hawaian/altă populație din insulele din Pacific <input type="checkbox"/> Nedeclarat				Hispanic <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	
MEDICARE <input type="checkbox"/> Da; tip: <input type="checkbox"/> Nu Altă asigurare:		SITUAȚIA LOCATIVĂ OBIȘNUITĂ A SOLICITANTULUI <input type="checkbox"/> Facilitate licențiată pentru adulți <input type="checkbox"/> Fără domiciliu <input type="checkbox"/> Domiciliul unei rude <input type="checkbox"/> Copil - centru de plasament <input type="checkbox"/> Spital, medical <input type="checkbox"/> Propriul domiciliu <input type="checkbox"/> Instituție corecțională/închisoare <input type="checkbox"/> Spital, psihiatric <input type="checkbox"/> Domiciliul părinților <input type="checkbox"/> Instituție de asistență medicală <input type="checkbox"/> Altele, descrieți:			
ADRESĂ STRADALĂ		ORAȘ	STAT	COD POȘTAL	ȚARA DE REȘEDINȚĂ
ADRESĂ POȘTALĂ (DACĂ DIFERĂ)		ORAȘ	STAT	COD POȘTAL	WASHINGTON ESTE DOMICILIUL MILITAR DIN EVIDENȚE <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
NUMĂR DE TELEFON PRINCIPAL () -	<input type="checkbox"/> TELEFON MOBIL <input type="checkbox"/> TELEFON DOMICILIU <input type="checkbox"/> TELEFON DE SERVICIU <input type="checkbox"/> MESAJ	ALT NUMĂR DE TELEFON () -	<input type="checkbox"/> TELEFON MOBIL <input type="checkbox"/> TELEFON DOMICILIU <input type="checkbox"/> TELEFON DE SERVICIU <input type="checkbox"/> MESAJ	ADRESĂ DE E-MAIL	
LISTAȚI DISTRICTELE ȘCOLARE LA CARE S-A PARTICIPAT AND DATES					
SPUNEȚI-NE MOTIVUL PENTRU CARE SOLICITAȚI					
DIZABILITATEA LEGATĂ DE DEZVOLTARE ȘI VÂRSTA LA CARE S-A OBSERVAT ÎNȚIAL ACEASTA Vârsta la care s-a diagnosticat: <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Paralizie cerebrală <input type="checkbox"/> Dizabilitate intelectuală <input type="checkbox"/> Condiție cromozomială <input type="checkbox"/> Condiție neurologică <input type="checkbox"/> Întârziere în dezvoltare			CEREREA SERVICIULUI 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? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
Informații privind reprezentantul					
PRENUME		INIȚIALA CELUI DE-AL DOILEA PRENUME	NUME	LIMBA PRINCIPALĂ	
ADRESĂ POȘTALĂ		ORAȘ	STAT	COD POȘTAL	Interpret: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Traducere: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
NUMĂR DE TELEFON PRINCIPAL () -	<input type="checkbox"/> TELEFON MOBIL <input type="checkbox"/> TELEFON DOMICILIU <input type="checkbox"/> TELEFON DE SERVICIU <input type="checkbox"/> MESAJ	ALT NUMĂR DE TELEFON () -	<input type="checkbox"/> TELEFON MOBIL <input type="checkbox"/> TELEFON DOMICILIU <input type="checkbox"/> TELEFON DE SERVICIU <input type="checkbox"/> MESAJ	ADRESĂ DE E-MAIL	
TIPUL RELAȚIEI / ROL		RELAȚIE JURIDICĂ (ATAȘAȚI DOCUMENTE)		LOCUIEȘTE CU SOLICITANTUL <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	
NUMELE CELUI ALT PĂRINTE					
Semnătură/semnături					
SEMNĂTURA SOLICITANTULUI ADULT				DATA	
SEMNĂTURA PĂRINTELUI SAU REPREZENTANTULUI LEGAL			DATA	RELAȚIE JURIDICĂ	

Cerere de determinare a eligibilității DDA - Instrucțiuni

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 (Consent to Exchange Confidential Information) 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 eligibilitatea 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 este cel mai aplicabil 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 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/motivurile 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 necesar un interpret/traducerea scrisă.

Tip de relație/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 solicitantului 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>.