

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Запрос об определении прав участия в программах Администрации DDA
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

Данные заявителя				
ИМЯ		ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ПОЛ <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Неизвестно / нет данных	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> Никогда не был(а) женат/за мужем <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Женат/за мужем <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от партнера <input type="checkbox"/> В гражданских отношениях <input type="checkbox"/> Вдова/вдовец	ПОТРЕБНОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ В СРЕДСТВАХ КОММУНИКАЦИИ Требуется устный переводчик <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Перевод документов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Основной письменный язык:		РЕГИСТРАЦИЯ В ПЛЕМЕНИ НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ИЛИ ТИП ОБРАЗОВАНИЯ
Говорит по-английски: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В ограниченном объеме Понимает английский язык: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В ограниченном объеме Основной разговорный язык:		ЭТИЧЕСКИЕ КОДЫ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ, ЧТО К ВАМ ОТНОСИТСЯ) <input type="checkbox"/> Американский индеец или житель Аляски <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов / Уроженец островов Тихоокеанского региона <input type="checkbox"/> Нет данных		
LATINOAMERICANEC <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		MEDITARE <input type="checkbox"/> Да; тип: <input type="checkbox"/> Нет Другая программа страхования:		
МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Совершеннолетний - в лицензированном учреждении <input type="checkbox"/> Бездомный <input type="checkbox"/> У родственников <input type="checkbox"/> Ребенок – в патронатной семье <input type="checkbox"/> В больнице, медицинском учреждении <input type="checkbox"/> В собственном доме <input type="checkbox"/> В исправительном учреждении / тюрьме <input type="checkbox"/> в больнице, психиатрической лечебнице <input type="checkbox"/> С родителями <input type="checkbox"/> В пансионате с медсестринской помощью <input type="checkbox"/> Другое (опишите):		АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА И № ДОМА) ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС ОКРУГ ПРОЖИВАНИЯ		
ПЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) УЛИЦА, ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		АДРЕС ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, УКАЗАННЫЙ В ДОСЬЕ, НАХОДИТСЯ В ШТАТЕ ВАШИНГТОН <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА () -	<input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> РАБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ () -	<input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> РАБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
ШКОЛЬНЫЕ ОКРУГА ПОСЕЩАЕМЫХ ШКОЛ И ДАТЫ				
СООБЩИТЕ ПРИЧИНУ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ				
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ СИМПТОМЫ ПРОЯВИЛИСЬ ВПЕРВЫЕ Возраст, в котором впервые поставлен диагноз: <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Задержка умственного развития <input type="checkbox"/> Нарушение количества хромосом <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> Отставание в развитии		ЗАЯВЛЕНИЯ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ НАЛИЧИЯ ИНВАЛИДНОСТИ Подал ли заявитель иные заявления о льготном социальном обеспечении в связи с инвалидностью (Social Security Disability Benefits), по программе дополнительного дохода (Supplemental Security Income) или по программе медицинской помощи DSHS (не из средств грантов) (Non-Grant Medical Assistance) в прошлом году? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Сведения о представителе				
ИМЯ		ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ	ОСНОВНОЙ ЯЗЫК
ПЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Нужен ли устный перевод: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Нужен ли перевод документов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА () -		
<input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> РАБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ДЛЯ СООБЩЕНИЙ		ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ () -	<input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> РАБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
ОТНОШЕНИЯ / РОЛЬ		ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (ПРИЛОЖИТЬ ДОКУМЕНТЫ)		ПРОЖИВАЕТ СОВМЕСТНО С ЗАЯВИТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ				
Подпись(-и)				
ПОДПИСЬ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЗАЯВИТЕЛЯ			ДАТА	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА	ЗАКОННЫЕ ОТНОШЕНИЯ	

Инструкции в связи с подачей Запроса об определении прав участия в программах Администрации DDA

Список требуемых приложений Заявление не может быть принято без необходимых приложений.

- Подписанное заявление, в котором заполнены все разделы.
- Подписанную форму разрешения на передачу необходимой информации о здоровье в соответствии с законом HIPAA (Уведомление о правилах обращения с конфиденциальной информацией - Notice of Privacy Practices).
- Подписанное Соглашение на обмен конфиденциальной информацией – указать номера телефонов всех контактных лиц. Заявитель в возрасте 13 лет или старше должен поставить подпись.
- Если имеется законный представитель, копии документов об опекунстве или прочие судебные документы, подтверждающие соответствующие полномочия.

Данные заявителя Заявитель это лицо, в отношении которого запрашивается проверка наличия прав на участие в программах Администрации DDA.

Имя и фамилия заявителя: Укажите официальные имя и фамилию заявителя. Не указывайте прозвища.

Дата рождения: Укажите месяц, число и год рождения заявителя.

Пол: Выберите наиболее подходящий вариант ответа или же укажите «Неизвестно/нет данных», если заявитель предпочитает не отвечать на ваш вопрос.

Семейное положение заявителя: Укажите текущее семейное положение заявителя.

Способ общения: укажите способ(ы) общения с заявителем.

Если заявитель нуждается в услугах устного переводчика или в переводе письменной корреспонденции, отметьте соответствующее поле «Да».

Укажите, говорит ли заявитель по-английски, и понимает ли по-английски или владеет английским языком на ограниченном уровне.

Укажите основной устный и письменный язык заявителя или способ общения, в частности язык жестов Северной Америки (American Sign Language, ASL) или иной язык жестов, азбуку Брайля, а также укажите, пользуется ли заявитель телетайпом (TDD) или иным коммуникационным устройством.

Регистрация в племени: Укажите данные о регистрации заявителя в племени, если заявитель зарегистрирован. В противном случае укажите «Неприменимо»

Номер социального обеспечения: Укажите номер заявителя по системе социального обеспечения, если таковой имеется.

Образование: Укажите высший уровень / тип образования, полученного заявителем.

Этнические коды: Приведите ответы, которые наилучшим образом характеризуют этническую принадлежность заявителя. **Латиноамериканец:** Если заявитель принадлежит к латиноамериканской расовой группе, отметьте ДА.

Medicare: Если заявитель участвует в программе Medicare, отметьте ДА. Укажите режим(ы) программы Medicare: A, B, C, D.

Другая программа страхования: Укажите названия других планов медицинского страхования (государственных или частных), если применимо.

Место проживания заявителя: Отметьте поле с наиболее подходящим описанием места жительства заявителя.

Контактная информация: Укажите текущий адрес проживания заявителя, почтовый адрес, а также номер(а) телефона.

Школьные округа: Укажите школьные округа, к которым принадлежат школы, посещаемые заявителем – укажите номер телефона для каждого округа. Если вы хотите, чтобы мы запросили выписки, школьные округа должны быть указаны в Согласии.

Причина подачи заявления: Укажите причину(-ы) подачи заявления, а также перечислите услуги, в получении которых заинтересован заявитель или семья заявителя.

Инвалидность вследствие пороков развития: Укажите один или несколько диагнозов заявителя, а также возраст, в котором они были впервые поставлены. Вы можете приложить листы с дополнительной информацией.

Заявления в связи с инвалидностью: Укажите, подавал ли заявитель заявления в отношении определения инвалидности в прошлом году. Такими заявлениями могут быть заявления о льготном социальном обеспечении, дополнительном социальном доходе (Supplemental Security Income) или помощи на медицинское обслуживание (не из средств грантов) (Non-Grant Medical Assistance). Такая информация поможет нам установить местонахождение данных.

Сведения о представителе: Укажите имя, фамилию и контактные данные лица, которое имеет возможность связаться с заявителем или передать его контактную информацию, если мы не можем связаться с заявителем. **Основной язык:** Укажите язык и отметьте, нуждаетесь ли вы в услугах устного/письменного переводчика.

Отношения/роль в жизни: Укажите, каким образом представитель знаком с заявителем, или же определите имеющиеся между ними отношения.

Законный представитель: Определите официальные отношения, если таковые имеются. Законный представитель это: родитель ребенка младше восемнадцати лет с официальным правом принимать решения, законный опекун ребенка, опекун ребенка с ограниченными правами, имеющий право принимать решения, относящиеся к здравоохранению и медицинскому обслуживанию, адвокат в силу права, лицо, действующее по доверенности (с правом принимать решения, относящиеся к здравоохранению и медицинскому обслуживанию) или же любое лицо, имеющее право по закону действовать от имени заявителя. Документ, подтверждающий законные отношения, должен быть приложен к заявлению.

Подпись заявителя и /или законного представителя Если возраст заявителя не превышает 18 лет, его или ее родитель или законный представитель должны подписать заявление и указать дату. Если возраст заявителя 18 и более лет, подписать заявление и указать дату могут как сам заявитель, так и его законный представитель.

Вышлите заявление и необходимые приложения в соответствующее отделение Администрации DDA в соответствии с приведенным ниже списком.

Главное бюро Региона 1(Обслуживаемые округа: Адамс, Асотин, Бентон, Чила, Колумбия, Дуглас, Ферри, Франклин, Гарфилд, Грант, Киттитас, Кликатат, Линкольн, Оканоган, Пенд-Орель, Спокейн, Стивенс, Уалла-Уалла, Уитман, Яжима)

1611 W INDIANA AVE
SPOKANE WA 99205-4221

Бесплатный телефон: 1-800-462-0624

Главное бюро Региона 2(Обслуживаемые округа: Айленд, Кинг, Сан-Хуан, Скаджит, Снохомиш, Уотком.

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901

Бесплатный телефон: 1-800-788-2053

Главное бюро Региона 3(Обслуживаемые округа: Клаллем, Кларк, Куолитц, Грейс-Харбор, Джефферсон, Китсап, Льюис, Мейсон, Пасифик, Пирс, Скамания, Терстон, Уахиакум.

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903

Бесплатный телефон: 1-800-248-0949

Дополнительная информация о правах участия в программах DDA представлена на веб-сайте: <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.