

วันที่:

ชื่อและที่อยู่ผู้รับบริการ

ชื่อและที่อยู่ตัวแทนของผู้รับบริการ

เรื่อง: **หนังสือแจ้งการพิจารณาคุณสมบัติสำหรับ _____**

ปัจจุบันท่านเป็นผู้รับบริการขององค์กรบริหารจัดการผู้บกพร่องด้านพัฒนาการ (Developmental Disabilities Administration - DDA) เกณฑ์คุณสมบัติของ DDA กำหนดให้มีการพิจารณาคุณสมบัติตามระยะเวลาต่าง ๆ เราต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อยืนยันคุณสมบัติของท่านสำหรับ DDA ซึ่งอยู่ภายใต้ภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้: ความบกพร่องทางสติปัญญา สมอพิการ ลมบ้าหมู ออทิสติก ภาวะทางประสาทอื่น ๆ **หรือ** ภาวะใกล้เคียงที่บ่งชี้ความบกพร่องทางสติปัญญา ทั้งนี้ เราได้แนบตารางเอกสารที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้ท่านทราบว่าจำเป็นต้องให้ข้อมูลอะไรบ้าง

สิ่งที่ท่านจำเป็นต้องดำเนินการ

DDA ยินดีส่งข้อมูลที่จำเป็นเพื่อรับการพิจารณาใหม่ หากท่านต้องการให้ DDA จัดส่งข้อมูลนี้ กรุณากรอกข้อมูลในเอกสารแสดงความยินยอมที่แนบมาดังนี้:

- ระบุในเอกสารแสดงความยินยอมว่าเราอาจขอข้อมูลได้จากสถานที่ ผู้ให้บริการ และสถานบริการใดบ้าง พร้อมให้ข้อมูลการติดต่อ
- ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมที่แนบมา และ
- ส่งกลับไปให้ DDA ในซองเจ้าหน้าที่แนบมาให้พร้อมกัน

จะเกิดอะไรขึ้นหากข้าพเจ้าไม่ตอบกลับคำขอนี้

หากเราไม่ได้รับการตอบกลับจากท่าน เราจะพิจารณาคุณสมบัติของท่านตามข้อมูลที่มีอยู่ในแฟ้มข้อมูลของท่าน

หากมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะยืนยันการพิจารณาคุณสมบัติ สิทธิผลประโยชน์ใน DDA ของท่านจะถูกยกเลิก

กรุณาตอบกลับโดยเร็วเพื่อไม่ให้บริการหยุดชะงักลง แต่ไม่เกิน _____

หากเราไม่ได้รับการตอบกลับจากท่านภายในกำหนดเวลานี้ เราจะพิจารณาคุณสมบัติของท่านตามข้อมูลที่มีอยู่ในแฟ้มข้อมูลของท่าน

ในกรณีที่มีข้อสงสัยใด ๆ กรุณาติดต่อ:

ชื่อ

หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่อีเมล

สามารถดูสำเนาหลักเกณฑ์พิจารณาคุณสมบัติของมลรัฐ (WAC 388-823) ได้ทางออนไลน์ที่
<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>

เอกสารที่แนบมาพร้อมกัน: ตารางเอกสารที่จำเป็นต้องใช้

เอกสารแสดงความยินยอม (DSHS 14-012)

สำเนาถึง: แฟ้มข้อมูลผู้รับบริการ

ตารางเอกสารที่จำเป็นต้องใช้

สถานะความพิการ	การวินิจฉัย	ผู้วินิจฉัย	ข้อมูลอื่น ๆ
ความบกพร่องทางสติปัญญา	ความบกพร่องทางสติปัญญา	นักจิตวิทยาที่มีใบประกอบโรคศิลป์ นักจิตวิทยาโรงเรียนที่ผ่านการรับรองจากรัฐอริโซนา หรือนักจิตวิทยาอื่น ๆ ที่ผ่านการรับรองโดย National Assoc. of School Psychologists	รายงานฉบับเต็มของนักจิตวิทยาครอบคลุมคะแนนประเมิน IQ ฉบับสมบูรณ์ที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป และผลการทดสอบทักษะในการปรับตัวที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป โดยดำเนินการภายใน 36 เดือนที่ผ่านมา
ภาวะสมองพิการ	ภาวะสมองพิการ อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งซีก ภาวะอัมพาตส่วนเดียวกันของร่างกายทั้งสองข้าง	แพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์	เกิดอาการก่อนอายุ 3 ปี และมีข้อมูลสนับสนุนว่าต้องได้รับการดูแลทางกายภาพโดยตรงในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างน้อยสองด้าน (เข้าห้องน้ำ อานน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัว เคลื่อนไหว หรือสื่อสาร)
ลมบ้าหมู	ลมบ้าหมู หรือ ภาวะผิดปกติจากการชัก	นักประสาทวิทยาที่ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการ	ผลการวินิจฉัยจากประวัติการแพทย์และการทดสอบทางประสาทวิทยา ข้อมูลยืนยันจากแพทย์หรือนักประสาทวิทยาสำหรับอาการชักที่เกิดแบบไม่มีการควบคุมหรือที่เกิดขึ้นต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นซ้ำ และการทดสอบทักษะในการปรับตัวที่แสดงให้เห็นข้อจำกัดในการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญครอบคลุมค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป
ออทิสติก (ภายใต้ DSM-IV-TR)	ออทิสติกหรือภาวะออทิสติก ภายใต้ข้อบัญญัติ 299.00 ใน DSM-IV-TR	นักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ แพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หรือพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ (ARNP) ที่สังกัดกับศูนย์ออทิสติก หรือศูนย์ผู้บกพร่องด้านพัฒนาการ หรือศูนย์ความเป็นเลิศ หรือผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการ: นักประสาทวิทยา นักจิตวิทยา หรือกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม	ผ่านการประเมินอย่างสมบูรณ์ภายใต้หลักเกณฑ์ DSM-IV-TR ว่าเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด มีข้อยืนยันว่ามีความบกพร่องหรือผิดปกติด้านพัฒนาการก่อนอายุ 3 ปี ทั้งในทางสังคม การใช้ภาษา ทักษะการสื่อสาร การเล่นโดยใช้สัญลักษณ์หรือแบบมีจินตนาการ และผลการทดสอบทักษะการปรับตัวพบว่ามีข้อจำกัดอย่างมีนัยสำคัญในการปรับตัวสำหรับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป

<p>กลุ่มโรคออทิสติก (ภายใต้ DSM-5)</p>	<p>กลุ่มโรคออทิสติกภายใต้ข้อบัญญัติ 299.00 ใน DSM-5 ที่ระดับความรุนแรง 2 หรือ 3 ในทั้งสองคอลัมน์</p>	<p>นักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาตประกอบ โรคศิลป์ แพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรค ศิลป์ หรือพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ (ARNP) ที่สังกัดกับศูนย์ออทิสติก หรือศูนย์ผู้บกพร่องด้านพัฒนาการ หรือศูนย์ความเป็นเลิศ หรือผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการ: นักประสาทวิทยา นักจิตวิทยา หรือกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน พัฒนาการและพฤติกรรม</p>	<p>ผ่านการประเมินอย่างสมบูรณ์ภายใต้หลักเกณฑ์ DSM-V ว่าเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด มีข้อยืนยันว่ามีความบกพร่องหรือผิดปกติด้านพัฒนาการก่อนอายุ 3 ปี ที่ระดับความรุนแรง 2 หรือ 3 ในทั้งสองคอลัมน์ ผลการทดสอบทักษะการปรับตัวพบว่ามีข้อจำกัดอย่างมีนัยสำคัญในการปรับตัวสำหรับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป และ FSIQ ที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางหนึ่งตัวขึ้นไป หรือเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทั้งหมดของภาวะออทิสติกภายใต้ข้อบัญญัติ 299.00 ใน DSM-IV</p>
<p>ภาวะทางประสาทอื่น ๆ หรือภาวะใกล้เคียงที่บ่งชี้ความ บกพร่องทางสติปัญญา</p>	<p>ความผิดปกติทางประสาทและโครโมโซมที่เชื่อว่าทำให้เกิดข้อ บกพร่องทางสติปัญญาและทักษะในการปรับตัว</p>	<p>แพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์</p>	<p>ผลการประเมิน IQ ฉบับสมบูรณ์ที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่า 1.5 และผลการทดสอบทักษะการปรับตัวพบว่ามีข้อจำกัดอย่างมีนัยสำคัญในการปรับตัวสำหรับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำกว่าค่ากลางมากกว่าสองตัวขึ้นไป โดยดำเนินการภายใน 36 เดือนที่ผ่านมา</p>
<p>หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้เป็นแค่เพียงแนวทางเบื้องต้นทั่วไปเท่านั้น DDA อาจกำหนดให้มีการขอข้อมูลหรือทำการประเมินอื่น ๆ เพิ่มเติม เอกสารนี้เป็นเป็นขั้นตอนแรกในการพิจารณาคุณสมบัติ เกณฑ์คุณสมบัติของ DDA พิจารณาภายใต้ WAC Chapter 388-823</p>			