DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

หนังสือแจ้งการตรวจสอบการมีสิทธิ

Notification of Eligibility Review

วันที่:

ชื่อและที่อยู่ของผู้รับบริการ

ชื่อและที่อยู่ของผู้แทนผู้รับบริการ

เรื่อง: **หนังสือแจ้งการตรวจสอบการมีสิทธิสำหรับ** _____

ในปัจจุบัน ท่านเป็นผู้รับบริการของฝ่ายพัฒนาการบุคคลทุพพลภาพ (DDA) ระเบียบเรื่องการมีสิทธิของ DDA กำหนดให้มีการตรวจสอบสิทธิในช่วงเวลาต่าง ๆ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการมีสิทธิของท่านต่อไปสำหรับ DDA ภายใต้เงื่อนไขประการใดประการหนึ่งต่อไปนี้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy) โรคลมชัก (Epilepsy) ออทิสซึม (Autism) หรือ อาการทางระบบประสาทอื่น **หรือ** อาการอื่นที่คล้ายคลึงกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เราได้แนบตารางรายการเอกสารที่กำหนดมาด้วยเพื่อให้ท่านทราบว่าต้องการข้อมูลใดบ้าง

ท่านต้องทำสิ่งใด?

DDA ยินดีนำส่งข้อมูลที่ต้องการสำหรับการพิจารณาใหม่นี้ให้ หากท่านต้องการให้ DDA นำส่งข้อมูลนี้ให้ กรุณากรอกแบบฟอร์มการให้ความยินยอมที่ส่งมาด้วยดังนี้

1. ในแบบฟอร์มการให้ความยินยอม ระบุรายละเอียดและข้อมูลการติดต่อของสถานที่ ผู้ให้บริการ และ สถานบริการที่เราสามารถขอข้อมูลได้
2. ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมที่ส่งมาด้วย และ
3. ส่งคืนแบบฟอร์มดังกล่าวไปที่ DDA โดยใช้ซองจดหมายระบุที่อยู่ที่แนบมาด้วย

จะเกิดสิ่งใดขึ้นหากข้าพเจ้าไม่ตอบกลับคำขอนี้?

หากไม่ได้รับข้อมูลจากท่าน เราจะตรวจสอบการมีสิทธิของท่านโดยใช้ข้อมูลที่เรามีอยู่ในไฟล์ผู้รับบริการของท่าน หากข้อมูลสำหรับการตัดสินยืนยันการมีสิทธิมีไม่เพียงพอ การมีสิทธิสำหรับ DDA ของท่านจะสิ้นสุดลง

ตอบกลับโดยเร็วที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการหยุดชะงักของบริการ ทั้งนี้ภายใน _____. หากไม่ได้รับข้อมูลจากท่านภายในวันที่ดังกล่าว เราจะพิจารณาการมีสิทธิตามข้อมูลที่อยู่ในไฟล์ของท่าน

หากท่านมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ

_____	_____	_____
ชื่อ	หมายเลขโทรศัพท์	ที่อยู่อีเมล

สำเนากฎระเบียบของมลรัฐที่ควบคุมการมีสิทธิ (WAC 388-823) มีให้บริการตามคำขอหรือทางออนไลน์ ที่ https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility.

สิ่งที่ส่งมาด้วย: ตารางรายการเอกสารที่กำหนด
แบบฟอร์มการให้ความยินยอม (DSHS14-012)

สำเนา: ไฟล์ผู้รับบริการ

ตารางรายการเอกสารที่กำหนด

ภาวะบกพร่อง	การวินิจฉัย	แพทย์ผู้วินิจฉัย	ระเบียนอื่น ๆ
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability)	ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability)	นักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาต ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาโรงเรียนที่ได้รับการรับรองจากมลรัฐวอชิงตัน หรือ นักจิตวิทยาโรงเรียนที่ได้รับรองรองจากสมาคมนักจิตวิทยาโรงเรียนแห่งชาติ	รายงานทางจิตวิทยาฉบับเต็ม ประกอบด้วยค่าความสามารถทางเชาวน์ปัญญารวม (Full Scale IQ score) ซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าสองในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย โดยดำเนินการทดสอบในช่วง 36 เดือนที่ผ่านมา
ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy)	ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy) อัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia) อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) อัมพาตครึ่งท่อน (Diplegia)	แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต	เริ่มต้นก่อนอายุสาม (3) ปีและข้อมูลสนับสนุนความต้องการสำหรับความช่วยเหลือโดยตรงแต่ละวันในสองภารกิจหรือมากกว่า (การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การกิน การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย หรือ การสื่อสาร)
โรคลมชัก (Epilepsy)	โรคลมชัก (Epilepsy) หรือ โรคชัก (Seizure disorder)	ประสาทแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ	การวินิจฉัยตามประวัติทางการแพทย์และการทดสอบทางระบบประสาท การยืนยันจากแพทย์หรือประสาทแพทย์เกี่ยวกับการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องหรือซ้ำ ๆ และการทดสอบทักษะการปรับตัวที่แสดงถึงข้อจำกัดอย่างยิ่งในการทำหน้าที่ปรับตัวซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าสองในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
ออทิสซึม (Autism) (ตาม DSM-IV-TR)	ออทิสซึม (Autism) หรือ โรคออทิสติก (Autistic Disorder) ตาม 299.00 ใน DSM-IV-TR	นักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาต แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต หรือ ARNP ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ออทิสติก ศูนย์พัฒนาการ หรือ ศูนย์ความเป็นเลิศ หรือ ผู้ที่ได้รับการรับการรับรองจากคณะกรรมการ ได้แก่ ประสาทแพทย์ นักจิตวิทยา หรือ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาพัฒนาการและพฤติกรรม	การประเมินฉบับเต็มตาม DSM-IV-TR ที่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด หลักฐานเกี่ยวกับความล่าช้าหรือการทำหน้าที่ผิดปกติก่อนอายุห้า (5) ปีในด้านทักษะทางสังคม ภาษา การสื่อสาร หรือ การเล่นสมมติหรือการเล่นที่ใช้จินตนาการ และ การทดสอบทักษะการปรับตัวที่แสดงถึงข้อจำกัดอย่างยิ่งในการทำหน้าที่ปรับตัวซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าสองในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) (ตาม DSM-5)	โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder) 299.00 ตาม DSM-5	นักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาต แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต หรือ ARNP ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ออทิสติก ศูนย์พัฒนาการ หรือ ศูนย์ความเป็นเลิศ หรือ ผู้ที่ได้รับการรับการรับรองจากคณะกรรมการ ได้แก่ ประสาทแพทย์ นักจิตวิทยา หรือ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาพัฒนาการและพฤติกรรม	การประเมินฉบับเต็มตาม DSM-V ที่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด หลักฐานเกี่ยวกับความล่าช้าหรือการทำหน้าที่ผิดปกติก่อนอายุห้า (5) ปี การทดสอบทักษะการปรับตัวที่แสดงถึงข้อจำกัดอย่างยิ่งในการทำหน้าที่ปรับตัวซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าสอง และ FSIQ ซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกับหนึ่งหรือมากกว่าในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย
อาการทางระบบประสาทอื่น หรือ อาการอื่นที่คล้ายคลึงกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	ความผิดปกติของระบบประสาทหรือความผิดปกติของโครโมโซมที่ทราบกันว่าก่อให้เกิดความบกพร่องของทักษะทางสติปัญญาและทักษะการปรับตัว	แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต	ค่าความสามารถทางเชาวน์ปัญญารวม (Full Scale IQ score) ซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า 1.5 ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และการทดสอบทักษะการปรับตัวที่แสดงถึงข้อจำกัดอย่างยิ่งในการทำหน้าที่ปรับตัวซึ่งมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่าสองในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย โดยดำเนินการทดสอบในช่วง 36 เดือนที่ผ่านมา

หมายเหตุ: แบบฟอร์มนี้เป็นแนวทางทั่วไปเท่านั้น และ DDA อาจจะต้องการข้อมูลหรือการประเมินเพิ่มเติมก็ได้ เอกสารนี้เป็นขั้นตอนแรกในการพิจารณาการมีสิทธิ การมีสิทธิสำหรับ DDA จะพิจารณาตาม WAC Chapter 388-823