

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
**Pemberitahuan Tinjauan Kelayakan
Usia Sembilan Belas (19) Tahun**

Tanggal

NAMA DAN ALAMAT KLIEN

NAMA DAN ALAMAT PERWAKILAN KLIEN

HAL: **Pemberitahuan Tinjauan Kelayakan Usia Sembilan Belas (19) Tahun**

Saat ini Anda memenuhi syarat untuk Developmental Disabilities Administration (DDA). Kelayakan Anda untuk DDA harus ditinjau sebelum ulang tahun Anda yang kedua puluh (ke-20). Informasi yang kami miliki mungkin tidak memadai untuk Anda dapat melanjutkan kelayakan Anda untuk DDA dalam salah satu kondisi berikut: Disabilitas Intelektual, Cerebral Palsy, Epilepsi, Autisme, atau Kondisi Neurologis Lain **atau** Kondisi Lainnya yang Serupa dengan Disabilitas Intelektual. Kami telah melampirkan Tabel Dokumentasi yang Diperlukan untuk memberi tahu tentang informasi yang dibutuhkan.

Apa yang perlu Anda lakukan?

DDA dengan senang hati akan mengirimkan informasi yang dibutuhkan untuk penentuan ulang ini. Jika Anda ingin DDA mengirimkan informasi tersebut, mohon lengkapi formulir persetujuan terlampir sebagai berikut:

1. Tuliskan nama tempat, penyedia, dan fasilitas tempat kami dapat meminta informasi dalam formulir persetujuan. Sertakan informasi kontak untuk semua pihak yang tercantum dalam formulir persetujuan.
2. Tanda tangani dan beri tanggal pada formulir persetujuan terlampir, dan
3. Kirimkan kembali formulir tersebut ke DDA.

Apa yang terjadi jika saya tidak menanggapi permintaan ini?

Mohon berikan tanggapan sesegera mungkin, tetapi tidak lebih dari 90 hari sebelum ulang tahun Anda yang kedua puluh (ke-20). Jika kami tidak mendengar kabar dari Anda, kami akan meninjau kelayakan Anda menggunakan informasi yang kami miliki dalam file klien Anda. Jika informasi tidak memadai untuk mengonfirmasi keputusan kelayakan, maka kelayakan Anda untuk DDA akan dihentikan pada ulang tahun Anda yang ke-20.

Jika Anda memiliki pertanyaan, hubungi:

NAMA

NOMOR TELEPON

ALAMAT E-MAIL

Salinan aturan negara bagian yang mengatur kelayakan (WAC 388-823) tersedia berdasarkan permintaan atau secara daring di <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.

Lampiran: Tabel Dokumentasi yang Diperlukan
Formulir Persetujuan (DSHS 14-012)

cc: File klien

Tabel Dokumentasi yang Diperlukan

Kondisi Disabilitas	Diagnosis	Ahli Diagnosis	Dokumentasi yang Diperlukan
Disabilitas Intelektual	Disabilitas Intelektual	Psikolog Berlisensi, Psikolog Sekolah Tersertifikasi Washington, atau psikolog sekolah lainnya yang disertifikasi oleh National Assoc. Of School Psychologists	Laporan Psikologis Lengkap mencakup skor IQ Skala Penuh yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata dan skor tes keterampilan adaptif yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata, dan dilaksanakan dalam 36 bulan terakhir.
Cerebral Palsy	Cerebral Palsy Kuadriplegia Hemiplegia Diplegia	Dokter Berlisensi	Gejala muncul sebelum usia 3 tahun, dan informasi mendukung kebutuhan akan bantuan fisik langsung setiap hari di dua area atau lebih (penggunaan toilet, mandi, makan, berpakaian, mobilitas, atau komunikasi).
Epilepsi	Epilepsi atau Gangguan kejang	Ahli Saraf Tersertifikasi Dewan	Diagnosis berdasarkan riwayat medis dan pengujian neurologis, konfirmasi dari dokter atau ahli saraf tentang kejang yang tidak terkendali dan berkelanjutan atau berulang, dan tes keterampilan adaptif yang menunjukkan keterbatasan substansial dalam fungsi adaptif yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata.
Autisme (berdasarkan DSM-IV-TR)	Autisme atau Gangguan Autistik Berdasarkan 299.00 dalam DSM-IV-TR	Psikolog Berlisensi, Dokter Berlisensi, atau ARNP (Praktisi Perawat Terdaftar Tingkat Lanjut) yang terkait dengan pusat autisme, pusat perkembangan, atau pusat keunggulan, atau Ahli Saraf, Psikiater, atau Dokter Spesialis Perkembangan dan Perilaku Anak yang Disertifikasi Dewan	Evaluasi penuh berdasarkan DSM-IV-TR yang memenuhi semua kriteria diagnostik, bukti keterlambatan, atau fungsi abnormal sebelum usia 3 tahun dalam keterampilan sosial, bahasa, komunikasi atau permainan simbolik atau imajinatif, dan tes keterampilan adaptif yang menunjukkan keterbatasan substansial dalam fungsi adaptif yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata.
Gangguan Spektrum Autisme (berdasarkan DSM-5)	Gangguan Spektrum Autisme 299.00 Berdasarkan DSM-5 termasuk tingkat keparahan 2 atau 3 pada kedua kolom	Psikolog Berlisensi, Dokter Berlisensi, atau ARNP (Praktisi Perawat Terdaftar Tingkat Lanjut) yang terkait dengan pusat autisme, pusat perkembangan, atau pusat keunggulan, atau Ahli Saraf, Psikiater, atau Dokter Spesialis Perkembangan dan Perilaku Anak yang Disertifikasi Dewan	Evaluasi penuh berdasarkan DSM-V yang memenuhi semua kriteria diagnostik, bukti keterlambatan, atau fungsi abnormal sebelum usia 3 tahun dengan tingkat keparahan 2 atau 3 pada kedua kolom skala tingkat keparahan, tes keterampilan adaptif yang menunjukkan keterbatasan substansial dalam fungsi adaptif yang lebih dari dua standar deviasi, dan FSIQ yang satu standar deviasi atau lebih di bawah rata-rata – atau – memenuhi semua kriteria untuk Gangguan Autistik 299.00 berdasarkan DSM-IV.

Kondisi Neurologis Lain atau Kondisi Lainnya yang Serupa dengan Disabilitas Intelektual.	Gangguan neurologis atau kromosom yang diketahui menyebabkan defisit keterampilan intelektual dan adaptif	Dokter Berlisensi	Skor IQ Skala Penuh yang lebih dari 1,5 standar deviasi di bawah rata-rata dan tes keterampilan adaptif menunjukkan keterbatasan substansial dalam fungsi adaptif yang lebih dari dua standar deviasi di bawah rata-rata.
Catatan: Formulir ini hanya panduan umum dan DDA mungkin membutuhkan informasi atau penilaian tambahan. Dokumentasi ini adalah langkah pertama dalam menentukan kelayakan. Kelayakan DDA ditentukan berdasarkan Bab 388-823 WAC.			