

**ለ DDA ብቁነት ውሳኔ መጠይቅ**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication  
DDA NUMBER:

<b>የሚመልከቱ መረጃ</b>		የአባት ስም መነሻ ፊደል		የአያት ስም	የትውልድ ቀን
<input type="checkbox"/> ጾታ <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> አይታወቅም / ሪፖርት ያልተደረገ	<b>የትዳር ሁኔታ</b> <input type="checkbox"/> አግብቶ የማያውቅ <input type="checkbox"/> የፈታ <input type="checkbox"/> ያገባ <input type="checkbox"/> የተለያየ <input type="checkbox"/> ሳይጋቡ መኖር <input type="checkbox"/> አግብቶ የሞተበት/ባት	<b>አመልካች የመግባቢያ ፍላጎት</b> አስተርጓሚ ያስፈልጋል: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ሰነዶች ይተርጉሙ: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ተቀዳሚ መጻፊያ ቋንቋ: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		እንግሊዝኛ ይናገራል: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> የተወሰነ እንግሊዝኛ ይረዳል: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> የተወሰነ ተቀዳሚ መናገሪያ ቋንቋ: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> የተወሰነ	
የጎሳ ኮዶች ይጻፉ (የሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ) <input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> ጥቁር ወይም ጥቁር አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> ኤዥያዊ <input type="checkbox"/> የሀዋይ ተወላጅ/ሌላ የፓሲፊክ አይስላንደር <input type="checkbox"/> ሪፖርት አልተደረገም					የጎሳ ምዝገባ የማህበራዊ ደህንነት ቁጥር ክፍተት የትምህርት ደረጃ ወይም ዓይነት
<b>MEDICARE</b> <input type="checkbox"/> አዎ፣ አይነት: <input type="checkbox"/> አይ ሌላ መድሃኒት:		የአመልካች የተለመደ የመኖሪያ ቤት ሁኔታ <input type="checkbox"/> ፊቃድ ያለው የአዋቂ መኖሪያ <input type="checkbox"/> ቤት አልባ <input type="checkbox"/> የዘመድ ቤት <input type="checkbox"/> የህጻን-አሳዳጊ ቤት <input type="checkbox"/> ሆስፒታል፣ህክምና <input type="checkbox"/> በራስ ቤት <input type="checkbox"/> ማረሚያ ቤት/አስር ቤት <input type="checkbox"/> ሆስፒታል፣ የአዕምሮ ህክምና መቆያ <input type="checkbox"/> የወላጅ ቤት <input type="checkbox"/> እንክብካቤ መስጫ ቦታ <input type="checkbox"/> ሌላ፣ ይገለጻል:		የጎዳና አድራሻ ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ የመኖሪያ አውራጃ	
ደብዳቤ መላኪያ አድራሻ (ከላይ ካለው የሚለይ ከሆነ) ከተማ ግዛት ዚፕ ኮድ		የሽያጭ አድራሻ ከተማ ስቴት ዚፕ ኮድ		የሽያጭ አድራሻ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	
ዋና ስልክ ቁጥር ( ) - ( ) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> የስራ <input type="checkbox"/> የመልዕክት		ሌላ ስልክ ቁጥር ( ) - ( ) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> የስራ <input type="checkbox"/> የመልዕክት		የኢሜይል አድራሻ	
የተማሩበትን የት/ቤት አውራጃ ይዘርዝሩ					
ለምን እንደሚመለከቱ ይንገሩን					
እድገት ውስንነት እና ለመጀመሪያ ጊዜ የታወቀበት እድሜ ለመጀመሪያ ጊዜ የተገኘበት እድሜ: <input type="checkbox"/> አቲዝም <input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ <input type="checkbox"/> የሰራተኛ መንቀጥቀጥ/በድን መሆን <input type="checkbox"/> የአውቀት ውስንነት <input type="checkbox"/> የክሮሞሶም ሁኔታ <input type="checkbox"/> የጎርብ ሁኔታ <input type="checkbox"/> የእድገት መዘግየት			ውስንነት ውሳኔ አገልግሎት ማመልከቻ አመልካቹ ባለፈው አመት ውስጥ ለማህበራዊ የደህንነት ውስንነት ጥቅም-ጥቅም፣ ተጨማሪ የደህንነት ገቢ ወይም የ DSHS ተመላሽ የሚሆን የህክምና ድጋፍ አመልክቷል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ		
<b>የተወካይ መረጃ</b>					
የአባት ስም መነሻ ፊደል		የአያት ስም		የመጀመሪያ ቋንቋ	
ፖስታ መላኪያ አድራሻ		ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ	አስተርጓሚ: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ትርጉም: <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
ዋና ስልክ ቁጥር ( ) - ( ) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> የስራ <input type="checkbox"/> የመልዕክት		ሌላ ስልክ ቁጥር ( ) - ( ) <input type="checkbox"/> ሞባይል <input type="checkbox"/> የቤት <input type="checkbox"/> የስራ <input type="checkbox"/> የመልዕክት		የኢሜይል አድራሻ	
የዘምድና አይነት/ሚና		ሀገራዊ ግንኙነት (ሰነዶች ይያያዙ)		ከአመልካች ጋር የሚኖር <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ	
የሌላ ተወካይ ስም/ሚና/ኢሜል					
የሌላ ተወካይ ስም/ሚና/ኢሜል					
<b>ፈርማ(ዎች)</b>					
የአዋቂ አመልካች ፈርማ				ቀን	
የወላጅ ወይም ህጋዊ ተወካይ ፈርማ			ቀን	ሀገራዊ ግንኙነት	

**ለ DDA ብቁነት ውሳኔ መጠይቅ መመሪያዎች**

የአሰፈላጊ አባሪዎች ዝርዝር አሰፈላጊ አባሪዎች ካልተያያዙ ይህ ማመልከቻ ተቀባይነት አይኖረውም፡፡

- ሁሉም ክፍል የተሞላ እና የተፈረመ ማመልከቻ፡፡
- የተፈረመ የ HIPAA ቅጽ (የግል ትግበራዎች ማስታወቂያ)፡፡
- ሚስጥራዊ መረጃ ለመለዋወጥ የተፈረመ ስምምነት - ለሁሉም አድራሻ ስልክ ቁጥር ያካትቱ፡፡ 13 አመት ወይም ከዛ በላይ የሆኑ አመልካቾች መፈረም አለባቸው፡፡
- የህግ ተወካይ ካለ ፈቃድ የሚያሳዩ የአሳዳጊነት ወረቀቶች ወይም ሌላ የፍርድቤት ሰነድ ቅጂ መገኘት አለበት፡፡

የአመልካች መረጃ አመልካች ማለት የ DDA ብቁነት የሚጠየቅለት ሰው ነው፡፡

የአመልካች ስም: የአመልካቹን ህጋዊ ስም ያስገቡ፡፡ ቅጽል ስም አያስገቡ፡፡

የትውልድ ቀን: የአመልካቹን የልደት ወር፣ ቀን እና አመት ያስገቡ፡፡

ጾታ: የበለጠ የሚጠጋጋውን መልስ ይምረጡ ወይም አመልካቹ ጥያቄውን መመለስ ካልፈለገ አይታወቅም/አልተዘገበም ይበሉ፡፡

የአመልካች የትዳ ሁኔታ: የአመልካቹን የአሁን ጊዜ የትዳር ሁኔታ ግለጹ፡፡

**መግባቢያ:** የአመልካቹን የመግባቢያ(ዎች) መንገድ ይግለጹ፡፡  
 አመልካቹ አስተርጓሚ ወይም የጽሁፍ የመልዕክት ልውውጦች ትርጉም የሚያስፈልገው ከሆነ አዎንታን ለመግለጽ ሳጥኑ ውስጥ ምልክት ያድርጉ፡፡  
 አመልካቹ እንግሊዝኛ መናገር እንደሚችል፣ እንደሚረዳ ወይም እንደሚቸገር ይግለጹ፡፡  
 በአመልካቹ ተቀዳሚ መናገሪያ እና መጻፊያ ቋንቋ ወይም መግባቢያ መንገድ ማለትም የአሜሪካ የምልክት ቋንቋ (ASL) ወይም ሌላ የምልክት ቋንቋ፣ ብሬል ወይም አመልካቹ TDD ወይም ሌላ የመግባቢያ መሳሪያ የሚጠቀም ከሆነ በማካተት ይጻፉ፡፡

የጎሳ ምዝገባ: የአመልካቹን የጎሳ ምዝገባ ይጻፉ፤ ካለ፡፡ ይህ ካልሆነ "N/A" የሚል ይጻፉ፡፡

የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር: የአመልካቹን የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ካለ ይጻፉ፡፡

ትምህርት: አመልካቹ የደረሰበትን ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ወይም አይነት ይጻፉ፡፡

የጎሳ ኮዶች: የአመልካቹን ጎሳ በይበልጥ የሚገልጸውን መልስ(ሶች) ይግለጹ፡፡ የስፔን ዘረግንድ ያለው: አመልካቹ የስፔን ዘረግንድ ያለው ከሆነ አዎንታን ይግለጹ፡፡

Medicare: አመልካቹ Medicare የሚያገኙ ከሆነ አዎንታን ይግለጹ፡፡ የ Medicare አይነቱን (ቶቹን) ይጻፉ: A, B, C, D፡፡

ሌላ መድሀኒት: ሌላ የጤና መድሀኒት እቅድ (የመንግስት ወይም የግል) ስም ካለ ያስገቡ፡፡

የአመልካች የተለመደ የመኖሪያ ቤት ሁኔታ: አመልካቹ አሁን ያለበትን የቤት ሁኔታ የበለጠ የሚገልጸው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ፡፡

የመገኛ አድራሻ: የአመልካቹን የአሁን መኖሪያ አድራሻ፣ መላኪያ አድራሻ እና የስልክ ቁጥር(ሮች) ይጻፉ፡፡

የት/ቤት አውራጃ: አመልካቹ የባሉትን የት/ቤት አውራጃ ይጻፉ - ለእያንዳንዱ አውራጃ ስልክ ቁጥር ያካትቱ፡፡ መሀደር እንደንጠይቅ ከፈለጉ የት/ቤት አውራጃዎቹ በስምምነቱ ላይ መዘርዘር አለባቸው፡፡

የማመልከቻ ምክንያቶች: የማመልከቻ ምክንያት(ቶች)ን ይጻፉ እንዲሁም አመልካቹ ወይም ቤተሰቦቹ የሚመርጡትን አገልግሎቶች ይዘርዝሩ፡፡

የእድገት ውሳኔ ገንታ: የአመልካቹን አንድ ወይም ከዛ በላይ ህመም እንዲሁም ህመሙ ለመጀመሪያ ጊዜ የተገኘበትን የአመልካቹን እድሜ ይግለጹ፡፡ በደንብ እንዲነግሩን ሌላ ወረቀት መጠቀም ይችላሉ፡፡

የውሳኔ ማመልከቻዎች: አመልካቹ ባለፈው አመት ውስጥ ለውሳኔ ማመልከቻ ይግለጹ፡፡ ያመለከተው ለማህበራዊ ደህንነት፣ ተጨማሪ የደህንነት ገቢ ወይም ተመላሽ የሚሆን የህክምና ድጋፍ ሊሆን ይችላል፡፡ ይህ መረጃ መሀደሮችን ለማግኘት ያግዘናል፡፡

የተወካይ መረጃ: አመልካቹን ማግኘት ባንችል አመልካቹን ማግኘት የሚችል ወይም መገኛ አድራሻውን ሊሰጠን የሚችል ሰው ስም እና አድራሻ ነው፡፡ ተቀዳሚ ቋንቋ: ቋንቋውን ይዘርዝሩ እና አስተርጓሚ/ትርጉም የሚያስፈልግ ከሆነ ይግለጹ፡፡

የዝምድና አይነት/ሚና ተወካዩ አመልካቹን እንዴት እንደሚያውቀው እና እንደሚዛመድ ይጻፉ፡፡

ህጋዊ ተወካይ:- ህጋዊ ግንኙነቱን ይጻፉ፡፡ ካለ፡፡ ህጋዊ ተወካይ ህጋዊ ውሳኔዎችን የማሳለፍ ስልጣን ያለው ከአስራ ስምንት አመት በታች የሆነ ልጅ ወላጅ፣ ህጋዊ አሳዳጊ፣ የተወሰነ አሳዳጊ ማለትም የተወሰነ አሳዳጊው በጤና ዙሪያ ውሳኔ የማሳለፍ ስልጣን ሲኖረው፣ የህግ ጠበቃ፣ ተወካይ (በጤና ዙሪያ ውሳኔ የማሳለፍ ስልጣን በውክልና ያለው ሰው) ወይም ጉዳዩ በሚመለከተው ሰው ስም እንዲንቀሳቀስ ስልጣን በህግ ያለው ማንኛውም ሰው ነው፡፡ የህግ ግንኙነትን የሚያስረዳ ሰነድ ከማመልከቻው ጋር መያያዝ አለበት፡፡

የአመልካች እና/ወይም የህግ ተወካይ ፈርማ አመልካቹ ከ18 አመት በታች ከሆነ ማመልከቻው ላይ ፈርም ቀን መጻፍ ያለበት ወላጁ ወይም የህግ ተወካዩ ነው፡፡ አመልካቹ 18 አመት ወይም ከዛ በላይ ከሆነ ማመልከቻው ላይ ፈርም ቀን መጻፍ ያለበት አራሱ/አራሷ ወይም የህግ ተወካዩ ነው፡፡

**ማመልከቻውን እና አሰፈላጊ አባሪዎችን ከስር ለሚገኘው ጽ/ቤት ይመልሱ፡፡**

**የክልል 1 ዋና ጽ/ቤት (አውራጃዎች ተሰጥቷቸዋል):** 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  
ነጻ መስመር: 1-800-462-0624

**የክልል 2 ዋና ጽ/ቤት (አውራጃዎች ተሰጥቷቸዋል):** Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)  
20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD WA 98036-3901  
ነጻ መስመር: 1-800-788-2053

**የክልል 3 ዋና ጽ/ቤት (አውራጃዎች ተሰጥቷቸዋል):** Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)  
1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903  
ነጻ መስመር: 1-800-248-0949

ስለ DDA ብቁነት የበለጠ መረጃ ከፈለጉ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> ይመልከቱ፡፡