

ለ DDA ብቁነት ውሳኔ መጠይቅ
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDA NUMBER:	

የማመልከቻ መረጃ

መጠሪያ ስም	የአባት ስም መነሻ ፊደል	የእያት ስም	የትውልድ ቀን
ጾታ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> አይታወቅም / ሪፖርት ያልተደረገ	የትዳር ሁኔታ <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	አመልካች የመግቢያ ፍላጎት 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	የትውልድ ቀን የጎሳ ምዝገባ የማሕበራዊ ደህንነት ቁጥር ከፍተኛ የትምህርት ደረጃ ወይም ዓይነት
የጎሳ ኮዶች ይጻፉ (የሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ) <input type="checkbox"/> አሜሪካዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> ኤዥያዊ <input type="checkbox"/> ጥቁር ወይም ጥቁር አፍሪካዊ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> የሀዋይ ተወላጅ/ሌላ የፓሲፊክ አይስላንደር			የስፔን ዘረግንድ ያለው <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

MEDICARE <input type="checkbox"/> አዎ፤ አይነት: <input type="checkbox"/> አይ ሌላ መድሃኒት:	የአመልካች የተለመደ የመኖሪያ ቤት ሁኔታ <input type="checkbox"/> ፈቃድ ያለው የአዋቂ መኖሪያ <input type="checkbox"/> የህጻን-አሳዳጊ ቤት <input type="checkbox"/> ማረሚያ ቤት/አስር ቤት <input type="checkbox"/> እንክብካቤ መስጫ ቤት	<input type="checkbox"/> ቤት አልባ <input type="checkbox"/> ሆስፒታል፤ ህክምና <input type="checkbox"/> ሆስፒታል፤ የአዕምሮ ህክምና መቆየት <input type="checkbox"/> ሌላ፤ ይገለጻል:	<input type="checkbox"/> የዘመድ ቤት <input type="checkbox"/> በራስ ቤት <input type="checkbox"/> የወላጅ ቤት
--	---	---	---

የጎዳና አድራሻ	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ	የመኖሪያ አውራጃ
-----------	-----	-----	-------	------------

ደብዳቤ መላኪያ አድራሻ (ከላይ ካለው የሚለይ ከሆነ)	ከተማ	ግዛት	ዚፕ ኮድ	የሽያጭ ቤት የወታደራዊ መኖር ሪከርድ ነው <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 እንደሚያመለክቱ ይንገሩን

እድገት ውሳኔነት እና ለመጀመሪያ ጊዜ የታወቀበት እድሜ ለመጀመሪያ ጊዜ የተገኘበት እድሜ: <input type="checkbox"/> አተዘም <input type="checkbox"/> የሚጠል በሽታ <input type="checkbox"/> የሰራተኛው መንቀጥቀጥ/በድን መሆን <input type="checkbox"/> የአውቀት ውሳኔነት <input type="checkbox"/> የክሮሞሶም ሁኔታ <input type="checkbox"/> የገርብ ሁኔታ <input type="checkbox"/> የእድገት መዘግየት	ውሳኔነት ውሳኔ አገልግሎት ማመልከቻ አመልካቹ ባለፈው አመት ውስጥ ለማህበራዊ የደህንነት ውሳኔነት ጥቅም-ጥቅም፣ ተጨማሪ የደህንነት ገቢ ወይም የ DSHS ተመላሽ የሚሆን የህክምና ድጋፍ አመልክቷል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
--	--

የተወካይ መረጃ

መጠሪያ ስም	የአባት ስም መነሻ ፊደል	የእያት ስም	የመጀመሪያ ቋንቋ
ፖስታ መላኪያ አድራሻ	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ
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

የዘምድና አይነት/ሚና	ሀገራዊ ግንኙነት (ሰነዶች ይያያዙ)	ከአመልካች ጋር የሚኖር <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
---------------	------------------------	---

የወላጅ ስም

ፈርማ(ዎች)

የአዋቂ አመልካች ፈርማ	ቀን
----------------	----

የወላጅ ወይም ሀገራዊ 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)።
- ሚስት/ራዊ 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 የሚገልጽውን መልስ(ሶች) ይግለጹ። የሴፕን ዘረግንድ ያለው: አመልካቹ የሴፕን ዘረግንድ ያለው ከሆነ አዎንታን ይግለጹ።

Medicare: አመልካቹ Medicare የሚያገኝ 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 የሚገልጽው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ።

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

የት/ቤት አውራጃ: አመልካቹ የገባትን የት/ቤት አውራጃ ይጻፉ - ለአዎንታዊ አውራጃ ስልክ ቁጥር ያካትቱ። መሀደር እንድንጠይቅ ከፈለጉ የት/ቤት አውራጃዎቹ በስምምነቱ ላይ መዘርዘር አለባቸው።

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

የእድገት ውሳኔ: 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 ለውሳኔነት ውሳኔ ማመልከቱን ይግለጹ። ያመለከተው ለማህበራዊ ደህንነት፣ ተጨማሪ የደህንነት ገቢ ወይም ተመላሽ የሚሆን የህክምና ድጋፍ ሊሆን ይችላል። ይህ መረጃ መሀደሮችን ለማግኘት ይዘገባል።

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 እራሱ/እራሷ ወይም የህግ ተወካዩ ነው።

ማመልከቻውን እና አሰፈላጊ አባሪዎችን ከሰር 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 52ND 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።