DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်း တောင်းဆိုမှု

Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

☐ Initial ☐ Reapplication

DDA NUMBER:

လျှောက်ထားသူ၏ အချက်အလက်များ

ပထမအမည် | အလယ်အမည် | နောက်ဆုံးအမည် | မွေးနေ့

ကျား/မ
☐ အမျိုးသမီး
☐ အမျိုးသား
☐ မသိပါ / တင်ပြထားခြင်း

အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ
☐ လက်ထပ်ထားဖူးခြင်း မရှိ
☐ ကွာရှင်း
☐ လက်ထပ
☐ ကွဲကွာ
☐ လက်ထပ်ထားခြင်းမရှိ ၊ အတူနေ
☐ အိမ်ထောင်ဘက် သေဆုံး

လျှောက်ထားသူ၏ ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်ရန် လိုအပ်သည့် အချက်များ

ဘာသာပြန် လိုအပ်သည်:
☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ
ဘာသာပြန်ဆိုထားသည့် စာ စာရွက်စာတမ်း:
☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ
အခြေခံ မူလ အရေးဘာသာစကား:

အင်္ဂလိပ်ဘာသာ ပြောဆိုနိုင်သည်:
☐ ပြောဆိုနိုင်သည်
☐ မ ပြောဆိုနိုင်ပါ
☐ အင်္ဂလိပ်စကား
အနည်းငယ် ပြောဆိုနိုင်သည်
အင်္ဂလိပ်ဘာသာ နားလည်သည်:
☐ နားလည်သည် ☐ နားမလည်ပါ
☐ အကန့်အသတ်ရှိသည်
အခြေခံမူလ ပြောဆိုမှု ဘာသာစကား:

စာရင်းဝင် လူမျိုးစု

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်

အမြင့်ဆုံး ပညာအရည်အချင်း သိ သို့မဟုတ် အမျိုးအစား

တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကုဒ်များ (ပါဝင်သည့် အချက်အားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ)
☐ အမေရိကန် သို့မဟုတ် ဒေသခံ အလက်စကာ ☐ လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်- အမေရိကန် ☐ အဖြူ
☐ အာရှ ☐ ဒေသခံ ဟာဝိုင်ရီ လူမျိုး /အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းဒေသခံ ☐ တင်ပြထားခြင်း မရှိ

ဟစ်စပန်းနစ်
☐ ဟုတ်သည် ☐ မဟုတ်ပါ

ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု
☐ ရရှိပါသည်၊ အမျိုးအစား:
☐ မရရှိပါ
အခြား အာမခံ:

လျှောက်ထားသူများ၏ ပုံမှန် အိမ်ရာ အခြေအနေ
☐ အရွယ်ရောက်ပြီးသူ လိုင်စင်ရ အိမ်
☐ ကလေး- မွေးစားနေအိမ်
☐ အကျဉ်းသား ဌာန/ ထောင်
☐ သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှု ဌာန
☐ အိမ်ခြေရာမဲ့
☐ ဆေးရုံ၊ ဆေးဝါးဆိုင်ရာ
☐ ဆေးရုံ/စိတ်ကျန်းမာရေး
☐ အခြား ဖော်ပြပါ:
☐ ဆွေမျိုး၏ အိမ်
☐ ကိုယ်ပိုင်အိမ်
☐ မိဘအိမ်

လမ်းနံပါတ် | မြို့ | ပြည်နယ် | ဇစ်ကုဒ် | နေထိုင်သည့်နိုင်ငံ

စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် (မတူပါက) | မြို့ | ပြည်နယ် | ဇစ်ကုဒ်

ဝါရှင်တန်သည်
စစ်ဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းဌာနဖြစ်သည်
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

မူလ ဖုန်းနံပါတ်
( ) -
☐ ဆဲလ် ☐ အိမ် ☐ အလုပ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

အခြားဖုန်းနံပါတ်
( ) -
☐ ဆဲလ် ☐ အိမ် ☐ အလုပ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

အီးမေးလ်လိပ်စာ

တက်ရောက်သည့် ကျောင်းခရိုင်များနှင့် ရက်စွဲများကို ဖော်ပြပါ။

မည်သည့်အတွက်ကြောင့် လျှောက်ထားရသည်ကို ရှင်းပြပါ။

မသန်စွမ်းမှု ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့် ပထမဆုံး လေ့လာတွေ့ရှိချိန်
ပထမဦးဆုံးရောဂါစတင်ဖြစ်ပွားသည့်အသက်:
☐ အော်တစ်စင်
☐ ဦးနှောက်ကြောသေရောဂါ
☐ ဉာဏ်မမှီခြင်း
☐ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု နှောင့်နှေးခြင်း
☐ ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ
☐ ပညာတတ်မြောက်မှုချို့ယွင်းမှု
☐ အာရုံကြော အခြေအနေ

ကလေးအထူးဆေးဝါးကြပ်မတ်မှု အစီအစဉ်
လျှောက်ထားသူသည် မနစ်က မသ
မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဝင်ငွေထောက်ပံ့ပေးမှု သိ သို့မဟုတ် ပေးအပ်ခဲ့ခြင်းမရှိသော
DSHS ဆေးဝါးထောက်ပံ့မှုကို လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။
☐ လျှောက်ထားခဲ့ပါသည် ☐ မလျှောက်ထားခဲ့ပါ

ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက်များ

ပထမအမည် | အလယ်အမည် | နောက်ဆုံးအမည်

မူလဘာသာစကား
ဘာသာပြန်သူ: ☐ လိုအပ်ပါသည် ☐ မလိုအပ်ပါ
ဘာသာပြန်သူ: ☐ လိုအပ်ပါသည် ☐ မလိုအပ်ပါ

စာပို့သင်္ကေတ | မြို့ | ပြည်နယ် | ဇစ်ကုဒ်

မူလဖုန်းနံပါတ်
( ) -
☐ ဆဲလ် ☐ အိမ် ☐ အလုပ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

အခြားဖုန်းနံပါတ်
( ) -
☐ ဆဲလ် ☐ အိမ် ☐ အလုပ် ☐ မက်ဆေ့ချ်

အီးမေးလ် လိပ်စာ

ပတ်သက်မှု အမျိုးအစား/ ကဏ္ဍ | တရားဝင်ပတ်သက်မှု (စာရွက်စာတမ်းများကို တွဲဖက်ဖော်ပြပါ) | လျှောက်ထားသူနှင့် အတူ နေထိုင်သည် ☐ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ

အခြားမိဘ အမည်

လက်မှတ်(များ)

အရွယ်ရောက်ပြီးသော လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ် | ရက်စွဲ

မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် | ရက်စွဲ | တရားဝင်ပတ်သက်မှု

DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်း တောင်းဆိုမှုအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ

တွဲဖက်ပေးပို့ရန် လိုအပ်သည့်စာရင်း လိုအပ်သည့် တွဲဖက် စာရွက်စာတမ်းများ မပါရှိပါက ဤလျှောက်လွှာကို လက်ခံမည် မဟုတ်ပါ။

- ☐ လက်မှတ်ထိုးပါရှိပြီး အပိုင်းအားလုံးကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသည့် လျှောက်လွှာ။
- ☐ လက်မှတ်ထိုးထားသည့် HIPAA လျှောက်လွှာ (ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များ ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးမှု အသိပေးမှု)။
- ☐ ကိုယ်ပိုင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက်အလက်များကို လဲလှယ်နိုင်ကြောင်း သဘောတူ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် လျှောက်လွှာ– ဆက်သွယ်နိုင်သူ အားလုံး၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးရမည်။ 13 နှစ်နှင့် အထက် လျှောက်ထားသူများသည် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။
- ☐ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်ရှိပါက အုပ်ထိန်းမှု စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူများ သို့မဟုတ် တရားရုံးမှ ခွင့်ပြုမှုကို ပြသသည့် စာရွက်စာတမ်းများ။

လျှောက်ထားသူ၏ အချက်အလက်များ လျှောက်ထားသူသည် DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှုအား တောင်းဆိုထားသူ ဖြစ်သည်။

လျှောက်ထားသူ၏ အမည်: လျှောက်ထားသူ၏ တရားဝင် အမည်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။ အမည်ပြောင်များကို မဖြည့်ပါနှင့်။

မွေးနေ့: လျှောက်ထားသူ မွေးနေ့၏ လ၊ ရက်နှင့် နှစ်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

ကျား/မ: အသင့်တော်ဆုံး အဖြေကို ရွေးချယ်ပါ။ လျှောက်ထားသူမှ ဤမေးခွန်းကို မဖြေဆိုလိုပါက မသိပါ/တင်ပြထားခြင်းမရှိ ကို ရွေးချယ်ပါ။

လျှောက်ထားသူ၏ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ: လျှောက်ထားသူ၏ လက်ရှိ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေကို ဖော်ပြပါ။

ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု: လျှောက်ထားသူ၏ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု နည်းလမ်း(များ) ကို ဖော်ပြပါ။
လျှောက်ထားသူမှ ဘာသာပြန်သူလိုအပ်ပါက၊ သက်ဆိုင်သည့် ရေးသားထားသည့် စာများအတွက် ဘာသာပြန်လိုအပ်ပါက "လိုအပ်သည်" ဆိုသည့်အကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပေးပါ။
လျှောက်ထားသူသည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအား ပြောဆိုနိုင်သည်၊ နားလည်သည် သို့မဟုတ် အကန့်အသတ်ရှိသည်ကို ဖော်ပြပါ။
လျှောက်ထားသူ၏ မူရင်းသုံး ဘာသာစကား (အပြော)၊ နှင့် (အရေး)၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ပြ ဘာသာစကား(ASL) သို့မဟုတ် အခြား လက်ဟန်ပြ ဘာသာစကား၊ မျက်မမြင်စာ အပါအဝင် ဆက်သွယ်နိုင်သည့်နည်း၊ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူသည် TDD သို့မဟုတ် အခြား ဆက်သွယ်ရေးစက်ကို အသုံးပြုကြောင်းကို ရေးသားဖော်ပြပါ။

စာရင်းဝင် လူမျိုးစု: လျှောက်ထားသူ၏ မည်သည့် စာရင်းဝင် လူမျိုးစုကိုမဆို ရေးသားပါ။ မရှိပါက "N/A.A" ဟုရေးပါ။

လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်: လျှောက်ထားသူတွင် လူမှုလုံခြုံရေး နံပါတ် ရှိပါက ရေးသားပါ။

ပညာရေး: လျှောက်ထားသူ ရရှိထားသည့် အမြင့်ဆုံး ပညာအရည်အချင်း သို့မဟုတ် အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ။

တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကုဒ်များ: လျှောက်ထားသူ၏ လူမျိုးစုကို အကောင်းဆုံး ဖော်ပြနိုင်သည့် အဖြေ (များ) ကို ရွေးချယ်ပါ။ **ဟစ်စပန်းနစ်**: လျှောက်ထား သူသည် ဟစ်စပန်းနစ် ဖြစ်ပါက "ဟုတ်သည်" ကို ရွေးချယ်ပါ။

ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု: လျှောက်ထားသူသည် ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိပါက "ရရှိပါသည်" ကို ရွေးချယ်ပါ။ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု အမျိုးအစား(များ) ကိုရေးသားဖော်ပြပါ။ A, B, C, D.

အခြားအာမခံ: အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်များကို ရေးသားဖော်ပြပါ။ ဖြစ်နိုင်ပါက (အစိုးရ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိက)ဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြပါ။ **ကျောင်းရှိ ခရိုင်:** လျှောက်ထားသူ တက်ရောက်ခဲ့သည့် ကျောင်းရှိ ခရိုင်များကို ဖော်ပြပါ –ခရိုင် တစ်ခုချင်းစီတိုင်း၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ကျောင်းရှိ ခရိုင်များ၏ မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုစေလိုပါက သဘောတူညီမှု စာရင်းတွင် ထည့်သွင်းပေးရမည်။

လျှောက်ထားသူ၏ ပုံမှန် အိမ်ရာ အခြေအနေ: လျှောက်ထားသူ၏ လက်ရှိ အိမ်ရာစီမံခန့်ခွဲနေမှုကို အကောင်းဆုံး ဖော်ပြနိုင်သည့် အကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပါ။

ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်: လျှောက်ထားသူ လက်ရှိနေထိုင်လျက်ရှိသော အိမ်လိပ်စာ၊စာပို့လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ်(များ)ကို ဖော်ပြပါ။

ကျောင်းရှိ ခရိုင်: လျှောက်ထားသူ တက်ရောက်ခဲ့သည့် ကျောင်းရှိ ခရိုင်များကို ဖော်ပြပါ –ခရိုင် တစ်ခုချင်းစီတိုင်း၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ကျောင်းရှိ ခရိုင်များ၏ မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုစေလိုပါက သဘောတူညီမှု စာရင်းတွင် ထည့်သွင်းပေးရမည်။

လျှောက်ထားရသည့် အကြောင်းအရင်း: လျှောက်ထားရသည့် အကြောင်းအရင်း(များ) နှင့် လျှောက်ထားသူနှင့် လျှောက်ထားသူ မိသားစုမှ စိတ်ဝင်စားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ စာရင်းကို ဖော်ပြပါ။

မသန်စွမ်း ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု: လျှောက်ထားသူ၏ တစ်ခုနှင့် တစ်ခုထက်ပိုသော ရောဂါများ၊လျှောက်ထားသူ၏ ရောဂါပထမဆုံး ခံစားခဲ့ရသည့် အသက်အရွယ်ကို ဖော်ပြပါ။ ကျွန်ုပ်တို့အား ပို ပိုမိုပြောပြနိုင်ရန် အပိုစာရွက်ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

မသန်စွမ်းမှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းများ: လျှောက်ထားသူသည် မနစ်က မသန်စွမ်း ဆုံးဖြတ်ခြင်းအတွက် လျှောက်ထားခဲ့ခြင်း ရှိ/မရှိကို ဖော်ပြပါ။ ဤအ ဤအရာသည် လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဝင်ငွေထောက်ပံ့ပေးမှု သို့မဟုတ် ပေးအပ်ခဲ့ခြင်းမရှိသော DSHS ဆေးဝါးထောက်ပံ့မှုတို့ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား မှတ်တမ်းများ ပြန်လည်ရှာဖွေရာတွင် ကူညီ ပေးနိုင်ပါသည်။

ကိုယ်စားလှယ်၏ အချက်အလက်: လျှောက်ထားသူအား ဆက်သွယ်နိုင်သူ၏ အမည်နှင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးပါ၊ သို့မဟုတ် လေ လျှောက်ထားသူအား ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်၍ မရသည့်အခါ ဆက်သွယ်နိုင်သူ၏ အချက်အလက်များကို ပေးပါ။ **မူလဘာသာစကား** : ဘာသာ စကားကို စာရင်းပြုပြီး ဘာသာပြန်ပေးရန် လို လိုအပ်ခြင်း ရှိ/မရှိကို ဖော်ပြပါ။

ပတ်သက်မှု အမျိုးအစား/ကဏ္ဍ: ကိုယ်စားလှယ်သည် လျှောက်ထားသူအား မည်ကဲ့သို့ သိသည်/ မည်သည့်ပတ်သက်မှု ရှိသည်ကို ဖော်ပြပါ။

တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်: တရားဝင်ပတ်သတ်မှုရှိပါက ဖော်ပြပါ။ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်သည် တရားဝင် ဆုံးဖြတ်ချက် ပြုလုပ်ရန် အခွင့်ရှိသည့် အသက် ဆယ့်ရှစ်နှစ်အောက် ကလေးငယ်၏ မိ မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ပြုလုပ်နိုင်သည့် ကန့်သတ် ထားမှု ရှိသော အုပ်ထိန်းသူ၊ ဥပဒေအရ တစ်စုံတစ်ဦး၏ ရှေ့နေ၊ အခ အချက်အလက်အရ တစ်စုံတစ်ဦး၏ ရှေ့နေ (ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များ ပြုလုပ် ခွင့်ရရှိထားသည့် ရှေ့နေ)၊ တစ်ဦးတစ်ယောက်အတွက် ဆောင်ရွက်ရန် ဥပ ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသူ တို့ဖြစ်သည်။ တရားဝင်ပတ်သက်မှု ရှိကြောင်း ပြသသည့် အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများကို ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ တွဲဖက်ပို့ပေးရမည်။

လျှောက်ထားသူနှင့်/သို့ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် လျှောက်ထားသူသည် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ လက လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး လျှောက်လွှာ ရက်စွဲကို ရေးသားပေးရမည်။ လျှောက်ထားသူသည် 18 နှင့် အထက် ဖြစ်ပါက လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် တရ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး လျှောက်လွှာ ရက်စွဲကို ရေးသားပေးရမည်။

အောက်ဖော်ပြပါ ရုံးအသီးသီးထံသို့ လျှောက်လွှာများနှင့် လိုအပ်သည့် တွဲဖက်စာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်လည်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။

တိုင်းဒေသကြီး 1 ဌာနချုပ်များ (ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ: အဒမ်စ်၊ အစိုတင်၊ ဘန်တန်၊ ရှီလန်၊ ကိုလမ်ဘီယာ၊ ဒေါက်ဂလပ်စ်၊ ဖယ်ရီ၊ ဖရန့်ကလင်း၊ ဂါးရ်ဖီးလ်ဒ်၊ ဂရန့်၊ ကစ်တီးတတ်စ်၊ ကလ ကလစ်ကီးတတ်စ်၊ လင်ကွန်း၊ အိုကာနိုဂန်၊ ပန်ဒ် အော်ရီလီ၊ စပိုကိန်း၊ စတီဗင်စ်၊ ဝါလ ဝါလ၊ ဝှတ်မန်း၊ ယာကီမ

1611 W INDIANA AVE
SPOKANE WA 99205-4221
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-462-0624

တိုင်းဒေသကြီး 2 ဌာနချုပ်များ (ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ : အိုင်းစလန်း၊ ကင်း၊ စန် ဂျူရန်၊ စကာဂျစ်၊ စနိုဟိုမစ်ရှ်၊ ဝှက်ကွန်း

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-788-2053

တိုင်းဒေသကြီး 3 ဌာနချုပ်များ (ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ : ကလာလန်၊ ကလာ့ခ်၊ ကောင်းလတ်စ်၊ ဂရေး ဟာဘာ၊ ဂျဖာဆန်၊ ကစ်တ်စပ်၊ လူးဝစ်၊ မေဆန်၊ ပစ်ဖိတ်၊ ပီးယားစ်၊ စကမနီးယား၊ သာ သာစတန်၊ ဝါကီယာကမ်

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-248-0949

DDA အရည်အသွေးပြည့်မှုအကြောင်း အခြားအချက်အလက်များအတွက် https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibilityတွင် လေ့လာပါ။