

Developmental Disabilities Administration (DDA)
ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការចុះឈ្មោះ **DDA**
Request for DDA Enrollment Determination

For Office Use Only (សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ)	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDA Number:	

ព័ត៌មានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

នាមខ្លួន	ឈ្មោះកណ្តាល	នាមត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
ភេទ <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> មិនមែនស្រី ហើយក៏មិនប្រុស <input type="checkbox"/> មិនចង់និយាយ <input type="checkbox"/> មិនបានរាយការណ៍ / មិនដឹង	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ <input type="checkbox"/> មិនធ្លាប់រៀបការ <input type="checkbox"/> ចែកផ្លូវគ្នា <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> រៀបការរួច <input type="checkbox"/> នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> ដៃគូមិនបានរៀបការ <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ		ការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ លេខសន្តិសុខសង្គម កម្រិត ឬការអប់រំខ្ពស់បំផុត

សេចក្តីត្រូវការទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ

ត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់: បាទ/ចាស ទេ និយាយភាសាអង់គ្លេស: បាទ/ចាស ទេ មានកំណត់

បកប្រែឯកសារ: បាទ/ចាស ទេ យល់ភាសាអង់គ្លេស: បាទ/ចាស ទេ មានកំណត់

ភាសាសរសេរចំបង: ភាសានិយាយចំបង:

ក្រុមពិន្ទុ (គ្រួសារទាំងអស់ដែលអនុវត្ត) <input type="checkbox"/> ជនជនអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវៃ / អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> មិនបានរាយការណ៍	អ៊ីស្ប៉ាទិក <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
--	--

Medicare <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស; ប្រភេទ: <input type="checkbox"/> ទេ ធានារ៉ាប់រងដទៃទៀត:	ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ <input type="checkbox"/> មណ្ឌលដែលផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណដោយមនុស្សពេញវ័យ <input type="checkbox"/> គ្មានផ្ទះសំបែង <input type="checkbox"/> ផ្ទះរបស់សាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> ផ្ទះកុមារ – កូនចិញ្ចឹម <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ, វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> មណ្ឌលអប់រំកែប្រែ / ពន្ធនាគារ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ, ទាក់ទងនឹងសតិ <input type="checkbox"/> ផ្ទះរបស់ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> មណ្ឌលមើលថែទាំ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ចូរពិពណ៌នា:
---	---

អាសយដ្ឋានផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ	ខោនធីស្តាក់នៅ
---	---------------

អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបែង (បើខុសគ្នា) ទីក្រុង រដ្ឋ ហ្សឺបកូដ	Washington គឺជាស្រុកកំណើត នៃកំណត់ត្រាយោធា: <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
---	---

លេខទូរស័ព្ទចំបង <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ () - <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ () - <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ
--	--

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

រាយមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលបានចូលរៀន និងកាលបរិច្ឆេទ

ប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យ

ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ និងអាយុដែលបានអង្កេតលើកដំបូង

អាយុដែលបានធ្វើរោគវិភាគលើកដំបូង៖

- អូទិហ្សិម ជំងឺស្ករ ពិការខួរក្បាល
- ពិការភាពខាងបញ្ញា ស្ថានភាពក្រមុំសូមីល បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ
- ពន្យារពេលអភិវឌ្ឍន៍

ពាក្យសុំសេវាការសម្រេចចិត្តលើពិការភាព

តើអ្នកដាក់ពាក្យបានដាក់ពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ពិការភាពសន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបំពេញបន្ថែម ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនផ្តល់ឱ្យដោយ DSHS កាលពីឆ្នាំមុន? បាទ/ចាស ទេ

ព័ត៌មានតំណាង

នាមខ្លួន	អក្សរកាត់កណ្តាល	នាមត្រកូល	ភាសាចំបង
អាសយដ្ឋានផ្ទះ (បើខុសគ្នា)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ការបកប្រែ៖ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
លេខទូរស័ព្ទចំបង () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ	លេខទូរស័ព្ទផ្សេងទៀត () -	<input type="checkbox"/> ចល័ត <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> សារ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល

ប្រភេទទំនាក់ទំនង និងតួនាទី	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ (ឯកសារដែលភ្ជាប់)	រស់នៅជាអ្នកដាក់ពាក្យ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
----------------------------	---------------------------------------	--

ឈ្មោះរបស់តំណាងផ្សេងទៀត / តួនាទី / អ៊ីមែល

ឈ្មោះរបស់តំណាងផ្សេងទៀត / តួនាទី / អ៊ីមែល

ហត្ថលេខា(នានា)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យជាមនុស្សពេញវ័យ	កាលបរិច្ឆេទ
---	-------------

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់
--	----------------------

ការណែនាំអំពីការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការចុះឈ្មោះ **DDA**

បញ្ជីឯកសារភ្ជាប់ដែលត្រូវ ពាក្យសុំនេះមិនអាចទទួលយកបានទទួលយកបានដោយគ្មានឯកសារដែលត្រូវនោះទេ។

- ពាក្យសុំដែលចុះហត្ថលេខារួចជាមួយគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ។
- ទម្រង់បែបបទ **HIPAA** ដែលចុះហត្ថលេខារួច (ការជូនដំណឹងពីការអនុវត្តឯកជនភាព)។
- ការយល់ព្រមតាមព័ត៌មានម្ចាស់អំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលចុះហត្ថលេខារួច រួមមានលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងទាំងអស់។ អ្នកដាក់ពាក្យដែលមានអាយុ 13 ឆ្នាំ ឡើងទៅត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
- ប្រសិនបើមានគំណាងស្របច្បាប់ ច្បាប់ចម្លងនៃក្រដាសភាពជាអាណាព្យាបាល ឬឯកសារគុណការផ្សេងទៀតដែលបង្ហាញពីសមត្ថកិច្ច។

ព័ត៌មានអ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកដាក់ពាក្យជាបុគ្គលការចុះឈ្មោះ **DDA** កំពុងត្រូវបានស្នើសុំ។

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ៖ បញ្ចូលឈ្មោះស្របច្បាប់របស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ កុំបញ្ចូលឈ្មោះហៅក្រៅ។

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ បញ្ចូលថ្ងៃ ខែ និងឆ្នាំនៃថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

វ័យ៖ ជ្រើសរើសថ្ងៃខែឆ្នាំដែលអាចអនុវត្តបានបំផុត ឬមិនត្រូវបានស្គាល់ / រាយការណ៍ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យចង់មិនឆ្លើយតបនឹងសំណួរនេះ។

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យ៖ បង្ហាញពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទង៖ បង្ហាញពីវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទងរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ(នានា)។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យត្រូវឱ្យមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬការបកប្រែទូរស័ព្ទឆ្លើយឆ្លងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ គួសប្រអប់ដើម្បីបង្ហាញ បាទ/ចាស ។ បង្ហាញថា តើអ្នកដាក់ពាក្យនិយាយ យល់ ឬមានភាសាអង់គ្លេស មានដែនកំណត់។ សរសេរភាសានិយាយ និងភាសាសរសេរចំពោះអ្នកដាក់ពាក្យ ឬវិធីសាស្ត្រប្រាស្រ័យទាក់ទង រួមទាំង ភាសាសញ្ញាអាមេរិក (ASL) ឬភាសាសញ្ញាផ្សេងទៀត ភាសាជនពិការភ្នែក ឬប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យប្រើ TDD ឬឧបករណ៍ទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត។

ការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ៖ សរសេរនៅក្នុងការចុះឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ បើមាន។ មិនដូច្នោះទេ សរសេរ “មិនមាន។”

លេខសន្តិសុខសង្គម៖ សរសេរលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ បើមានមួយ។

ការអប់រំ៖ សរសេរចូលនូវកម្រិត ឬប្រភេទការអប់រំខ្ពស់បំផុតដែលបានចូលរៀនដោយអ្នកដាក់ពាក្យ។

ក្រុមជាតិពន្ធុ៖ បង្ហាញនូវថ្ងៃខែឆ្នាំ(នានា)ដែលពិពណ៌នាល្អបំផុតពីជាតិពន្ធុរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។ អ៊ីស្ប៉ានិក៖ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យគឺជា អ៊ីស្ប៉ានិក ចូរបង្ហាញថា បាទ/ចាស។

Medicare: ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យទទួលបាន Medicare ចូរបង្ហាញថា បាទ/ចាស។ សរសេរចូលនូវប្រភេទ(នានា)នៃ Medicare: A, B, C, D។

ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖ បញ្ចូលនូវឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយ (រដ្ឋាភិបាល ឬឯកជន) ប្រសិនបើមាន។

ស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានធម្មតារបស់អ្នកដាក់ពាក្យ៖ គួសប្រអប់ដែលពិពណ៌នាល្អបំផុតពីកិច្ចព្រមព្រៀងលំនៅដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង៖ សរសេរចូលអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ និងលេខទូរស័ព្ទ(នានា)។

មណ្ឌលសិក្សាធិការ៖ សរសេរចូលមណ្ឌលសិក្សាធិការដែលបានចូលរៀនដោយអ្នកដាក់ពាក្យ រួមទាំងលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់មណ្ឌលនីមួយៗ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ ឱ្យយើងស្នើសុំកំណត់ត្រា មណ្ឌលសិក្សាធិការត្រូវតែត្រូវបានរាយនោះលើពាក្យយល់ព្រមផងដែរ។

ហេតុផលសម្រាប់ការដាក់ពាក្យ៖ សរសេរចូលហេតុផល(នានា)សម្រាប់ដាក់ពាក្យ និងរាយសេវាកម្មនានាដែលអ្នកដាក់ពាក្យ ឬគ្រួសាររបស់អ្នកដាក់ពាក្យ ចាប់អារម្មណ៍។

ពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ៖ បង្ហាញរោគវិនិច្ឆ័យមួយ ឬច្រើនសម្រាប់អ្នកដាក់ពាក្យ និងអាយុរបស់អ្នកដាក់ពាក្យនៅពេលពួកគេត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាលើក ដំបូង។ ចូរមានអារម្មណ៍កុំស្នាក់ស្នើរក្នុងការប្រើប្រាស់សន្លឹកក្រដាសផ្សេងដើម្បីប្រាប់យើងបន្ថែមទៀត។

ពាក្យសុំពិការភាព៖ បង្ហាញថា តើអ្នកដាក់ពាក្យបានដាក់ពាក្យសុំការសម្រេចចិត្តពីពិការភាពកាលពីឆ្នាំមុន។ នេះអាចថាសម្រាប់សន្តិសុខសង្គម ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបំពេញបន្ថែម ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនផ្តល់ឱ្យ។ ព័ត៌មាននេះអាចជួយយើងក្នុងការកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា។

ព័ត៌មានអ្នកតំណាង៖ ព័ត៌មានអំពីឈ្មោះ និងលេខទំនាក់ទំនងរបស់នរណាម្នាក់ដែលនឹងអាចទាក់ទងអ្នកដាក់ពាក្យ ឬផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនង ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងទៅអ្នកដាក់ពាក្យបាន។ ភាសាចំបង៖ រាយភាសា ហើយបង្ហាញថាតើត្រូវការការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ / ការបកប្រែប្រអប់។ ប្រភេទ / តួនាទីទំនាក់ទំនង៖ សរសេរចូលនូវរបៀបដែលអ្នកតំណាងស្គាល់ ឬមានទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកដាក់ពាក្យ។

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់៖ សរសេរចូលនូវទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ ប្រសិនបើមានមួយ។ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់គឺជាឪពុកម្តាយរបស់កូនដែលអាយុក្រោមដប់ប្រាំបីឆ្នាំ ជាមួយនឹងសមត្ថកិច្ចធ្វើការសម្រេចចិត្តស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់បុគ្គល អាណាព្យាបាលមានដែនកំណត់របស់បុគ្គល នៅពេលអាណា ព្យាបាលមានដែនកំណត់មានសមត្ថកិច្ចលើសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាព មេធាវីរបស់បុគ្គលក្រោមច្បាប់ មេធាវីរបស់បុគ្គលក្នុងសេចក្តីពិត (នរណាម្នាក់ ដែលមានអំនាចមេធាវីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព) ឬបុគ្គលដទៃទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឱ្យជំនួសមុខ ឱ្យបុគ្គលនៅក្នុងសំណួរ។ ឯកសារនៃទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់ត្រូវតែបានរួមបញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យសុំ។

ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យ និង/ឬ តំណាងស្របច្បាប់ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ឪពុក ម្តាយរបស់ពួកគេ ឬតំណាងស្របច្បាប់ត្រូវតែ ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ អាចជាអ្នកដាក់ពាក្យ ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់ ពួកគេក៏បាន ត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើពាក្យសុំនេះ។

ប្រគល់ត្រឡប់ពាក្យសុំនេះ និងឯកសារដែលតម្រូវទៅកាន់ការិយាល័យឆ្លើយតបខាងក្រោម។

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី 1 (ខោនធីដែលប្រើ៖ 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
Toll Free: 1-800-462-0624

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី 2 (ខោនធីដែលប្រើ៖ Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
Toll Free: 1-800-788-2053

ទីស្នាក់ការកណ្តាលតំបន់ទី 3 (ខោនធីដែលប្រើ៖ Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
Toll Free: 1-800-248-0949

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីភាពមានសិទ្ធិទទួល DDA សូមចូលទៅ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> ។