

## FOR OFFICE USE ONLY

 Initial  Reapplication

DDA NUMBER:

**درخواست تعیین واجد شرایط بودن DDA**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

اطلاعات متقاضی			
نام	نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد
جنسیت	وضعیت تاهل	نیازهای ارتباطی متقاضی	تبت نام قبیله‌ای
زن <input type="checkbox"/>	هرگز ازدواج <input type="checkbox"/>	نیاز به مترجم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	شماره تأمین اجتماعی
مرد <input type="checkbox"/>	نکرده <input type="checkbox"/>	صحبت به زبان انگلیسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بالاترین نوع یا سطح آموزش
نامشخص / گزارش نشده <input type="checkbox"/>	مطلقه <input type="checkbox"/>	درک زبان انگلیسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
	متاهل <input type="checkbox"/>	زبان نوشتاری اصلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
	جدا شده <input type="checkbox"/>		
	دارای شریک <input type="checkbox"/>		
	بدون ازدواج <input type="checkbox"/>		
کدهای قومی (مواردی که شامل می شود را علامت بزنید)	سیاهپوست یا آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/>	سیاهپوست <input type="checkbox"/>	هیسپانیک <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
بومی آمریکا یا آلاسکا <input type="checkbox"/>	بومی هاوایی / سایر جزایر استوایی <input type="checkbox"/>	گزارش نشده <input type="checkbox"/>	
مدیکر	شرایط معمول مسکن متقاضیان	بی خانمان <input type="checkbox"/>	منزل اقوام <input type="checkbox"/>
بله؛ نوع: <input type="checkbox"/>	محل سکونت دارای مجوز فرد بالغ <input type="checkbox"/>	بیمارستان، مرکز پزشکی <input type="checkbox"/>	منزل شخصی <input type="checkbox"/>
خیر <input type="checkbox"/>	خانه کودک - پرورشگاه <input type="checkbox"/>	بیمارستان، درمانگاه روانپزشکی <input type="checkbox"/>	منزل والدین <input type="checkbox"/>
سایر بیمه‌ها: <input type="checkbox"/>	کانون اصلاح و تربیت / زندان <input type="checkbox"/>	سایر، توضیح دهید: <input type="checkbox"/>	
	مرکز پرستاری <input type="checkbox"/>		
آدرس خیابان	شهر	ایالت	کشور محل سکونت
آدرس پستی (در صورت فرق داشتن)	شهر	ایالت	نام نویسی سربازی و اشنگتن ایالت در انجام شده است
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن دیگر	ایالت	نشانی ایمیل
( ) -	( ) -	کد پستی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
همراه <input type="checkbox"/>	همراه <input type="checkbox"/>	محل کار <input type="checkbox"/>	
محل کار <input type="checkbox"/>	پیام <input type="checkbox"/>	پیام <input type="checkbox"/>	
پیام <input type="checkbox"/>			
فهرست بخش آموزش و پرورش حضور یافته و تاریخ‌ها			
دلیل درخواست شما			
ناتوانی در رشد و سنی که ابتدا بررسی شد	درخواست خدمات تعیین واجد شرایط بودن معلولیت	آیا متقاضی در سال گذشته برای مزایای معلولیت تأمین اجتماعی، درآمد اضافی تأمین اجتماعی یا کمک پزشکی غیر اعطایی DSHS درخواست داده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
سن در زمان تشخیص:	اوتیسم <input type="checkbox"/>	صرع <input type="checkbox"/>	
فلج مغزی <input type="checkbox"/>	کم توانی ذهنی <input type="checkbox"/>	مشکل عصبی <input type="checkbox"/>	
مشکل کروموزوم <input type="checkbox"/>			
تأخیر در رشد <input type="checkbox"/>			
اطلاعات نماینده			
نام	حرف نام میانی	نام خانوادگی	زبان اصلی
آدرس پستی	شهر	ایالت	مترجم شفاهی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
شماره تلفن اصلی	شماره تلفن دیگر	ایالت	ترجمه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
( ) -	( ) -	کد پستی	نشانی ایمیل
همراه <input type="checkbox"/>	همراه <input type="checkbox"/>	محل کار <input type="checkbox"/>	
محل کار <input type="checkbox"/>	پیام <input type="checkbox"/>	پیام <input type="checkbox"/>	
پیام <input type="checkbox"/>			
نقش / نوع رابطه	رابطه قانونی (اسناد را ضمیمه کنید)	رابطه قانونی	با متقاضی زندگی می‌کند <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام سرپرست دیگر			
امضا(ها)			
امضا متقاضی بالغ	تاریخ	رابطه قانونی	تاریخ
امضا والد یا نماینده قانونی	تاریخ	رابطه قانونی	تاریخ

**دستورالعمل‌های درخواست تعیین واجد شرایط بودن DDA**

**فهرست پیوست‌های ضروری** این درخواست بدون پیوست‌های ضروری مورد پذیرش واقع نمی‌شود.

- درخواست امضاء شده و تمام قسمت‌ها تکمیل شد.
- فرم HIPAA امضاء شده (اطلاعیه روش‌های حفظ حریم خصوصی).
- فرم رضایت امضاء شده برای تبادل اطلاعات محرمانه - شامل شماره تلفن‌های تمام مخاطبین. متقاضیان 13 ساله یا بالاتر باید امضاء کنند.
- در صورت وجود نماینده قانونی، نسخه‌های اوراق سرپرستی یا سایر مدارک دادگاه که بیانگر صلاحیت قانونی است.

**اطلاعات متقاضی:** این متقاضی فردی است که واجد شرایط بودن DDA برای وی درخواست شده است.

**نام متقاضی:** نام قانونی متقاضی را وارد کنید. نام مستعار را وارد نکنید.

**تاریخ تولد:** ماه، روز و سال تاریخ تولد متقاضی را وارد کنید.

**جنسیت:** مرتبطترین پاسخ را انتخاب کنید یا نامشخص / گزارش نشده را در صورتی که متقاضی مایل به پاسخ دادن به این سؤال نیست وارد کنید.

**وضعیت تأهل متقاضی:** وضعیت تأهل فعلی متقاضی را مشخص کنید.

**ارتباط:** روش(های) ارتباطی متقاضی را مشخص نمایید.

در صورتی که متقاضی به مترجم شفاهی یا ترجمه مکاتبات نیاز داشته باشد، گزینه مقابل «بله» را علامت بزنید.

مشخص نمایید که متقاضی به زبان انگلیسی گفتگو می‌کند، این زبان را درک می‌کند یا آشنایی محدودی با این زبان دارد.

زبان اصلی گفتاری یا نوشتاری متقاضی یا روش ارتباط وی، از جمله زبان اشاره آمریکایی (ASL) یا سایر زبان‌های اشاره، خط بریل را مشخص کنید و اشاره نمایید آیا متقاضی از TDD یا سایر دستگاه‌های ارتباطی استفاده می‌کند.

**ثبت‌نام قبلی‌های:** ثبت قبلیه متقاضی را (در صورت وجود) مشخص کنید. در غیر اینصورت، عبارت «N/A» را بنویسید.

**شماره تأمین اجتماعی:** در صورت وجود، شماره تأمین اجتماعی متقاضی را وارد کنید.

**آموزش:** بالاترین نوع یا سطح آموزشی که متقاضی پشت سر گذاشته است را وارد کنید.

**کدهای قومی:** پاسخ(هایی) که به بهترین نحو قومیت متقاضی را بیان می‌کند مشخص نمایید. **هیسپانیک:** در صورتی که متقاضی هیسپانیک است گزینه «بله» را علامت بزنید.

**مدیر:** در صورتی که متقاضی خدمات مدیر دریافت می‌کند گزینه «بله» را علامت بزنید. نوع(انواع) مدیر را مشخص کنید: A, B, C, D.

**سایر بیمه‌ها:** در صورت وجود، نام طرح بیمه سلامت (دولتی یا خصوصی) دیگر را وارد کنید.

**شرایط معمول مسکن متقاضیان:** گزینه‌ای که به بهترین نحو بیانگر شرایط سکونت فعلی متقاضی است را علامت بزنید.

**اطلاعات تماس:** آدرس محل سکونت، آدرس پستی و شماره(های) تلفن فعلی متقاضی را وارد کنید.

**بخش آموزش و پرورش:** بخش آموزش و پرورش که مخاطب در آن حضور داشته - شامل شماره تماس هر بخش - را وارد کنید. اگر مایل هستید ما سوابق شما را درخواست نماییم باید بخش آموزش و پرورش نیز در فرم رضایت گنجانده شود.

**دلایل درخواست:** دلیل(دلایل) درخواست را ذکر نمایید و خدماتی که متقاضی یا خانواده وی به آن علاقه‌مند است را به صورت فهرستوار بیان کنید.

**معلولیت رشدی:** یک یا چند تشخیص مربوط به متقاضی و سن متقاضی در زمان اولین تشخیص را وارد کنید. می‌توانید از صفحه دیگری برای توضیحات بیشتر خود استفاده نمایید.

**درخواست‌های معلولیت:** مشخص کنید که متقاضی در سال گذشته برای تعیین معلولیت درخواست داده است. این می‌تواند شامل تأمین اجتماعی، درآمد اضافی تأمین اجتماعی یا کمک پزشکی غیر اعطایی باشد. این اطلاعات می‌تواند به ما در پیدا کردن سوابق شما کمک کند.

**اطلاعات نماینده:** نام و اطلاعات تماس فردی که قادر به تماس با متقاضی باشد یا در صورتی که نتوانیم با متقاضی تماس بگیریم، اطلاعات تماسی در اختیار ما قرار دهد. **زبان اصلی:** لیست زبان را ذکر نمایید و مشخص کنید به ترجمه شفاهی/ترجمه کتبی نیاز است یا خیر.

**نقش/نوع رابطه:** مشخص کنید نسبت نماینده با متقاضی چیست یا چگونه او را می‌شناسد.

**نماینده قانونی:** در صورت وجود، رابطه قانونی را ذکر نمایید. نماینده قانونی به والد کودک زیر هجده سال گفته می‌شود که دارای صلاحیت قانونی تصمیم‌گیری در مورد وی است؛ قیم قانونی فرد؛ قیم محدود فرد در زمانی که قیم محدود دارای صلاحیت در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت وی باشد؛ وکیل مدافع فرد؛ وکیل معتمد فرد (فرد دارای وکالت‌نامه که دارای صلاحیت تصمیم‌گیری در مورد تصمیمات مراقبت بهداشتی است)؛ یا سایر افرادی که توسط قانون دارای صلاحیت تصمیم‌گیری از جانب فرد مذکور هستند گفته می‌شود. اسناد رابطه قانونی باید همراه با درخواست ارائه شود.

**امضاء متقاضی و/یا نماینده قانونی** در صورتی که متقاضی زیر 18 سال است، والد یا نماینده قانونی وی باید درخواست را امضا کرده و تاریخ بگذارند. در صورتی که متقاضی 18 سال یا بیشتر باشد، یا متقاضی یا نماینده قانونی وی باید درخواست را امضا کرده و تاریخ بگذارند.

**فرم درخواست و سایر پیوست‌های ضروری را به اداره مربوطه زیر ارسال نمایید.**

**مقر منطقه 1 (شهرستان‌های پشتیبانی شده: 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  
شماره رایگان: 1-800-462-0624

**مقر منطقه 2 (شهرستان‌های پشتیبانی شده: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)**  
20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD WA 98036-3901  
شماره رایگان: 1-800-788-2053

**مقر منطقه 3 (شهرستان‌های پشتیبانی شده: Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)**  
(Clallam, Clark, )  
1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903  
شماره رایگان: 1-800-248-0949

برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن DDA به <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> مراجعه نمایید.