

DDA資格決定の要求

Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

申請者情報			
名		ミドルネーム (イニシャル) 姓	
生年月日			
性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 不明 / 未報告	結婚歴 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 婚姻関係のないパートナー <input type="checkbox"/> 死別	申請者のコミュニケーション必要性 通訳者の必要の有無： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 英語を話す： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 限定的 文書の翻訳： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 限定的 主たる記述言語： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 限定的 主たる会話言語： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 限定的	部族登録 ソーシャルセキュリティ番号 最終学歴
民族コード (当てはまるもの全てにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> アメリカ人またはアラスカ原住民 <input type="checkbox"/> 黒人/アフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> ネイティブハワイアン / その他太平洋諸島系 <input type="checkbox"/> 未報告			ヒスパニック <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
メディケア <input type="checkbox"/> はい、種類： <input type="checkbox"/> いいえ その他の保険：	申請者の通常の居住状況 <input type="checkbox"/> 成人向け公認施設 <input type="checkbox"/> 住所不定 <input type="checkbox"/> 親戚の家 <input type="checkbox"/> 子ども-里親宅 <input type="checkbox"/> 病院名、医療 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 矯正施設/ 刑務所 <input type="checkbox"/> 病院名、精神科 <input type="checkbox"/> 両親の家 <input type="checkbox"/> 看護施設 <input type="checkbox"/> その他、具体的に：		
住所	市	州	郵便番号
居住郡			
郵便住所 (上記と異なる場合)	市	州	郵便番号
ワシントン州は軍の登録上の家である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
主たる電話番号 () -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 備考	その他の電話番号 () -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 備考
電子メールアドレス			
通学した校区と日付を列挙してください			
申請理由を教えてください			
初めて確認された発達障害と年齢 初めて診断された年齢： <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 染色体疾患 <input type="checkbox"/> 神経系疾患 <input type="checkbox"/> 発達遅延		障害決定サービス申請 申請者は、ソーシャルセキュリティ障害給付、補足的保障所得制度、またはDSHS未認可医療支援に昨年申請されましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
代表者情報			
名		ミドルネーム (イニシャル) 姓	
主たる言語			
郵送先住所		市 州 郵便番号	
通訳者： 翻訳： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
主たる電話番号 () -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 備考	その他の電話番号 () -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 備考
電子メールアドレス			
関係の種類 / 役割	法的関係 (書類を添付)		申請者と同居 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
他の代表者の氏名/役割/Eメール			
他の代表者の氏名/役割/Eメール			
署名			
成人申請者の署名		日付	
親または法定代理人の署名		日付	法的関係

DDA資格決定手順の要求

必要な添付文書のリスト 本申請は必要な添付文書なしに受け付けられません。

- すべてに記入した署名済みの申請。
- 署名済みのHIPAAフォーム (プライバシー慣行の通知)。
- 署名済みの秘密情報交換同意書—全連絡先の電話番号を含む。13歳以上の申請者は署名してください。
- 法定代理人がいる場合、当局に提示する後見人書類またはその他の裁判所書類の写し。

申請者情報 申請者とはDDA資格が要求されている方です。

申請者氏名：申請者の法律上の氏名を記入してください。ニックネームは用いないでください。

生年月日：申請者の誕生日の年月日を記入してください。

性別：申請者がこの質問に答えたくない場合、最も当てはまるものか不明/未報告を選んでください。

申請者の婚姻状況：申請者の現在の結婚歴を記載してください。

コミュニケーション：申請者のコミュニケーション手段を記載してください。

申請者が通訳者または記述書面の翻訳が必要な場合、「はい」の欄にチェックを入れてください。

申請者が英語を話したり理解するか、または限定的であるか、指定してください。

申請者の主たる会話および記述言語またはコミュニケーション手段を記載してください。アメリカ手話 (ASL) もしくはその他手話、点字、または申請者がTDDもしくはその他コミュニケーション装置を用いるかどうかなど。

部族登録：申請者の部族登録があれば記載してください。そうでない場合、「N/A」と記入してください。

ソーシャルセキュリティ番号：申請者のソーシャルセキュリティ番号があれば記載してください。

学歴：申請者が取得した最終学歴を記入してください。

民族コード：申請者の民族に最も当てはまるものを指定してください。**ヒスパニック**：申請者がヒスパニックであれば「はい」と答えてください。

メディケア：申請者がメディケアを受けている場合、「はい」と答えてください。メディケアの種類を記入してください。A、B、C、D。

その他保険：その他の保険プランがあればその名称を記入してください（政府または民間）。

申請者の通常の居住状況申請者の現在の住居に最も当てはまるものを指定してください。

連絡先情報：申請者が現在居住する住所、郵送先住所、電話番号を記載してください。

校区：申請者が通学した校区を、各校区の電話番号も含め列挙してください。記録が必要な場合、その校区を同意書にも記載してください。

申請理由：申請理由を記載し、申請者または申請者の家族が関心のあるサービスを列挙してください。

発達障害：申請者の一つまたは複数の診断内容と、最初にその診断を受けたときの申請者の年齢をそれぞれ記載してください。用紙が足りなければご自由にご要望ください。

障害申請：申請者が昨年、障害の決定に申請したかどうかを指定してください。これはソーシャルセキュリティ、補足的保障所得制度または未認可医療支援について申請可能だったものです。この情報から記録を確認します。

代表者情報：申請者に連絡できる方の氏名および連絡先です。あるいは申請者に連絡できない場合の連絡先をお願いします。**主たる言語**：言語を挙げ、通訳/翻訳が必要かどうかを指定してください。

関係の種類/役割：申請者について代理人がどのように知っているか、どのような関係であるかを記載してください。

法定代理人法定代理人があれば記載してください。法定代理人とは 歳未満の子供の法的意思決定権限を有した親、個人の法的後見人、個人の健康管理の決定権を持つ補助人、個人の弁護士、代理人（健康管理の決定権を付与された代理権を有する者）、当該者のために行動する権限を法律で与えられている者を言います。法的関係性の証拠資料を申請書とともに提出してください。

申請者または法定代理人の署名 申請者が18歳未満の場合、本人の親または法定代理人が申請書に日付とともに署名してください。申請者が18歳以上の場合、申請者または申請者の法定代理人が申請書に日付とともに署名してください。

申請書と必要な添付書類を以下の窓口までご返送ください。

地域1 本部 (サービスを受ける郡)：アダムス、アソティン、ベントン、チェラン、コロンビア、ダグラス、フェリー、フランクリン、ガーフフィールド、グラント、キティタス、クリッキタート、リンカーン、オカノガン、ペンド・オレーユ、スポケーン、スティーブンス、ワラワラ、ウィットマン、ヤキマ)

1611 W INDIANA AVE
SPOKANE WA 99205-4221
フリーダイヤル： 1-800-462-0624

地域2 本部 (サービスを受ける郡)：アイランド、キング、サンフアン、スカジット、スノホミッシュ、ワットコム)
20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
フリーダイヤル： 1-800-788-2053

地域3 本部 (サービスを受ける郡)：クララム、クラーク、カウリツ、グレイスハーバー、ジェファーソン、キットサブ、ルイス、メイソン、パシフィック、ピアース、スカマニア、サールストン、ワキアカム)
1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903

フリーダイヤル： 1-800-248-0949

DDA資格について詳しくは、以下をご覧ください：<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.