

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງ **DDA**
Request for DDA Eligibility Determination

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

ລາຍຮອດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ວັນເກີດ
ເພດ <input type="checkbox"/> ຍິງ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ຈັກ/ ບໍ່ໄດ້ລາຍງານ	ສະພາບການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເລີຍແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ແຍກທາງກັນ <input type="checkbox"/> ຂາຄູ່ບໍ່ໄດ້ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ພັດທະນາແມ່ຫມ້າຍ	ຄວາມຕ້ອງການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອບເຂດຄຳຮ້ອງຂໍ ນາຍແປພາສາຕ້ອງມີ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ແປພາສາເອກສານ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ພາສາຂຽນຕົ້ນຕໍ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ປາກພາສາອັງກິດ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ຈຳກັດ ເຂົ້າໃຈພາສາອັງກິດ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ຈຳກັດ ພາສາເວົ້າຕົ້ນຕໍ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ຈຳກັດ
			ການຈິດຊື່ນຳຊິນເຜົ່າ ເລກຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ ຮະດັບ ຫລື ຂະນິດຂອງການສຶກສາສູງສຸດ

ຣະຫັດສຳລັບຊິນເຜົ່າ (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆຢ່າງທີ່ກ່ຽວນຳ) <input type="checkbox"/> ຄົນອາເມຣິກັນ ຫລື ອາລາສກາດັງເດີມ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວດຳ ຫລື ແອຟຣິກັນອາເມຣິກັນ <input type="checkbox"/> ຄົນຜິວຂາວ <input type="checkbox"/> ຄົນເອເຊັຽ <input type="checkbox"/> ຄົນຮາວາຍດັງເດີມ/ຄົນເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ລາຍງານ	ຄົນຮິສແປນິກ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---	---

ເມດິແຄລໍ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ; ຂະນິດ: <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ປະກັນພັຍອື່ນໆ:	ສະພາບການທີ່ຢູ່ອາໄສຕາມປົກກະຕິຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ຜູ້ໃຫຍ່-ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວມູໃບອະນຸຍາດ <input type="checkbox"/> ຄົນບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຍາດພີ່ນ້ອງ <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍ - ເຮືອນລ້ຽງເດັກກຳພ້າ <input type="checkbox"/> ໂຮງພະຍາບານ, ການພະຍາບານ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງຕົນເອງ <input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ດັດສ້າງ/ສຸກ <input type="checkbox"/> ໂຮງພະຍາບານ, ໂຮກຈິດ <input type="checkbox"/> ເຮືອນຂອງພໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງຜູ້ເຖົ້າຫລືຄົນບໍ່ແຂງແຮງ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ, ບັນຍາຍ:
---	---

ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	ຄາວຕີຂອງບ່ອນຢູ່ອາໄສ
-------------	-------	-----	--------	---------------------

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງ)	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ	ຮັດວິຊິຕັນແມ່ນບ່ອນບັນທຶກຂອງທະຫານ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---------------------------	-------	-----	--------	--

ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ () - <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ວຽກງານ <input type="checkbox"/> ສັງຄວາມໄວ້	ເລກໂທຣະສັບເລກອື່ນ () - <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ວຽກງານ <input type="checkbox"/> ສັງຄວາມໄວ້	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
--	---	--------------

ຂຽນເຊື່ອງຫມວດໂຮງຮຽນທີ່ໄດ້ເຂົ້າແລະວັນທີ

ບອກພວກເຮົາວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງຂໍເອົາ

ຄວາມເສັຽຊືງຄະດ້ານການຈະເຣີນເຕີບໂຕ ແລະ ອາຍຸທຳອິດທີ່ຖືກສັງເກດເຫັນ ອາຍຸທຳອິດທີ່ຖືກກວດພົບ: <input type="checkbox"/> ຄວາມພິດປົກກະຕິໃນການຊື່ສານແລະອາຣິມ <input type="checkbox"/> ໂຮກລົມບ້າຫມູ <input type="checkbox"/> ໂຮກອັມມະພາດ <input type="checkbox"/> ຄວາມເສັຽຊືງຄະທາງສະຕິປັນຍາ <input type="checkbox"/> ອາການໂກຣໂມໂຊມ <input type="checkbox"/> ອາການຮະບົບປະສາດ <input type="checkbox"/> ຄວາມຊັກຊ້ານຳການຈະເຣີນເຕີບໂຕ	ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາະນາເບິ່ງຄວາມເສັຽຊືງຄະ ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຍື່ນຂໍເອົາເງິນເສັຽຊືງຄະຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ, ເງິນຄວາມປອດພັຍ ເພີ່ມເຕີມ, ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນມານຳຂອງກົມ DSHS ໃນປີຜ່ານມາບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
--	--

ລາຍຮອດຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ

ຊື່	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ	ພາສາຕົ້ນຕໍ
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂຄດ
			ນາຍແປພາສາ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ນາຍແປເອກສານ: <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

ເລກໂທຣະສັບຕົ້ນຕໍ () - <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ວຽກງານ <input type="checkbox"/> ສັງຄວາມໄວ້	ເລກໂທຣະສັບເລກອື່ນ () - <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ເຮືອນ <input type="checkbox"/> ວຽກງານ <input type="checkbox"/> ສັງຄວາມໄວ້	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
--	---	--------------

ຂະນິດຂອງຄວາມສັມພັນ/ບົດບາດ	ຄວາມສັມພັນທາງກົດຫມາຍ (ຄັດເອກສານມານຳ)	ອາໄສນຳຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
---------------------------	--------------------------------------	---

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ

ລາຍເຊັນ

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດຫມາຍ	ວັນທີ
	ຄວາມສັມພັນທາງກົດຫມາຍ

ຄຳຜະນະນຳສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງ DDA

ລາຍການຂອງສິ່ງຄັດມານຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີ ໃບຄຳຮ້ອງໃບນີ້ບໍ່ສາມາດຖືກຮັບເອົາໄດ້ໂດຍປາສຈາກສິ່ງຄັດມານຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີ.

- ຄຳຮ້ອງທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວທີ່ທຸກໆພາກສ່ວນໄດ້ຖືກຂຽນປະກອບແລ້ວ.
- ໃບຟອມ HIPAA ທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ (ໃບຜູ້ຮັບການກ່ຽວກັບພາກປະຕິບັດເຮືອງຄວາມລັບສ່ວນຕົວ).
- ໃບອະນຸຍາດທີ່ຈະແຈກຢຽນຮາຍຮະອຽດຄວາມລັບທີ່ຖືກເຊັນຊື່ໃສ່ແລ້ວ — ລວມທັງເລກໂທຣະສັບສຳລັບຄົນຕິດຕໍ່ຫາທຸກໆຄົນ. ຜູ້ສະມັກອາຍຸ 13 ຫລື ແກ່ກວ່າຕ້ອງເຊັນຊື່ໃສ່.
- ຖ້າມີຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍ, ໃບຍັດສຳເນົາຂອງເອກສານການຂອງຄວາມຮຸ້ມຄອງ ຫລື ເອກສານຈາກສານອື່ນໆທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນສິດອຳນາດ.

ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາຂອງຜະແນກ DDA ໄດ້ຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້.

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຂຽນຊື່ຕາມກິດໝາຍຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ. ຢ່າສູ້ໃສ່ຊື່ຫລິ້ນ.

ວັນເກີດ: ຂຽນເດືອນ, ວັນ ແລະ ປີຂອງວັນເກີດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ເພດ: ເລືອກເອົາຄຳຕອບທີ່ເໝາະສົມທີ່ສຸດ ຫລື ບໍ່ຮູ້ຈັກ/ບໍ່ໄດ້ລາຍງານຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍຊອບໃຈທີ່ຈະບໍ່ຕອບຄຳຖາມອັນນີ້.

ສະພາບການແຕ່ງງານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຂຽນບອກສະພາບການແຕ່ງງານປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ການຕິດຕໍ່ສື່ສານ: ຂຽນບອກແບບວິທີຂອງການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ.

ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍຕ້ອງການນາຍແປພາສາ ຫລື ການແປເອກສານຕິດຕໍ່ສື່ສານໃຫ້ຫມາຍໃສ່ບອກເພື່ອຈະຊື່ຍອກວ່າ ແມ່ນ.

ຂຽນບອກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍປາກເວົ້າ, ເຂົ້າໃຈ ຫລື ມີຄວາມຮູ້ດ້ານພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ ຫລື ບໍ່.

ຂຽນໃສ່ພາສາປາກເວົ້າຕົ້ນຕໍ ແລະ ພາສາຂີດຂຽນ ຫລື ແບບວິທີການຕິດຕໍ່ສື່ສານຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ລວມທັງພາສາອະເມຣິກັນໃບ (ASL) ຫລື ພາສາໃບອື່ນໆ, ຕົວໜັງສືສຳລັບຄົນຕາບອດ, ຫລື ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໃຊ້ຮະບົບ TDD ຫລື ເຄື່ອງອຸປະກອນການຕິດຕໍ່ສື່ສານແບບອື່ນໆ.

ການຈົດຊື່ນຳຊົນເຜົ່າ: ຂຽນລົງໄປການຈົດຊື່ນຳຊົນເຜົ່າຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າມີຢູ່. ບໍ່ດັ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ຂຽນໃສ່ວ່າ "N/A."

ເລກຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ: ຂຽນໃສ່ເລກຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ຖ້າມີຢູ່ເລກນຶ່ງ.

ການສຶກສາ: ຂຽນໃສ່ລະດັບສູງສຸດ ຫລື ຊະນິດຂອງການສຶກສາທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮຽນມາ.

ຮະຫັດສຳລັບຊົນເຜົ່າ: ຂຽນບອກຄຳຕອບທີ່ບັນຮະຍາຍຊົນເຜົ່າຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຄືທີ່ສຸດ.

ຮິສແປນິກ: ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍເປັນຄົນຊືສແປນິກໃຫ້ຫມາຍບອກວ່າ ແມ່ນ.

ເນຕິແຄຣ: ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮັບເນຕິແຄຣໃຫ້ຫມາຍບອກວ່າ ແມ່ນ. ຂຽນລົງໄປຊະນິດຂອງເນຕິແຄຣ: A, B, C, D.

ປະກັນພັນອື່ນໆ: ຂຽນຊື່ຂອງໂຄງການປະກັນພັນສະພາບອື່ນໆທຸກໆຢ່າງ (ຂອງຮັດຖະບານ ຫລື ເອກຊົນ), ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ.

ສະພາບການທີ່ຢູ່ອາໄສຕາມປົກກະຕິຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຫມາຍໃສ່ບອກທີ່ບັນຮະຍາຍການຈັດຫາທີ່ຢູ່ອາໄສປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຄືທີ່ສຸດ.

ຮາຍຮະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່: ຂຽນທີ່ຢູ່ອາໄສປັດຈຸບັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ, ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ ແລະ ເລກໂທຣະສັບ.

ຫມວດໂຮງຮຽນ: ຂຽນໃສ່ຫມວດໂຮງຮຽນທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ເຂົ້າ — ລວມທັງເລກໂທຣະສັບສຳລັບແຕ່ລະຫມວດໂຮງຮຽນ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກໃຫ້ພວກເຮົາເອົາບັນທຶກ, ຊື່ຂອງຫມວດໂຮງຮຽນຕ້ອງຖືກບິ່ງຢູ່ໃນໃບອະນຸຍາດອີກຄັ້ງ.

ເຫດຜົນຂອງການຮ້ອງຂໍເອົາ: ຂຽນບອກເຫດຜົນສຳລັບການຮ້ອງຂໍເອົາ ແລະ ຂຽນລົງໄປການປຶກສາທີ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຄອບຄົວຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍສົນໃຈນຳ.

ຄວາມເສັຽອົງຄະດ້ານການຈະເລີນເຕີບໂຕ: ຫມາຍບອກການກວດພົບພະຍາດແນວນຶ່ງ ຫລື ຫລາຍແນວສຳລັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແລະ ອາຍຸຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຖືກກວດພົບເທື່ອທຳອິດ. ໃຫ້ໃຊ້ເຈັຽອີກໃບນຶ່ງໄດ້ຕາມສະບາຍເພື່ອຈະບອກພວກເຮົາເພີ່ມເຕີມ.

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາຄວາມເສັຽອົງຄະ: ຫມາຍບອກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້ຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາະນາເບິ່ງຄວາມເສັຽອົງຄະໃນປີຜ່ານມາ ຫລື ບໍ່. ອັນນີ້ສາມາດເປັນເງິນຄວາມປອດພັນຂອງສັງຄົມ, ເງິນຄວາມປອດພັນເພີ່ມເຕີມ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານທີ່ບໍ່ມີເງິນມານຳ. ຮາຍຮະອຽດອື່ນນີ້ສາມາດຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການຊອກຫາບັນທຶກ.

ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ: ຊື່ ແລະ ຮາຍຮະອຽດການຕິດຕໍ່ຫາຂອງຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຈະສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ເອົາຮາຍຮະອຽດການຕິດຕໍ່ໃຫ້ພວກເຮົາຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຮ້ອງຂໍໄດ້.

ພາສາຕົ້ນຕໍ: ຂຽນພາສາ ແລະ ຫມາຍບອກວ່າການແປພາສາ/ການແປເອກສານຈະຕ້ອງການ ຫລື ບໍ່.

ຊະນິດຂອງຄວາມສັມພັນ/ບົດບາດ: ຂຽນໃສ່ວ່າຜູ້ຕາງໜ້າຈະຮູ້ຈັກ ຫລື ມີຄວາມສັມພັນນຳຜູ້ຮ້ອງຂໍແນວໃດ.

ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍ: ຂຽນຄວາມສັມພັນທາງກິດໝາຍໃສ່ຖ້າມີຢູ່. ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍແມ່ນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າກວ່າສິບແປດປີທີ່ມີສິດອຳນາດໃນການທຳການຕັດສິນໃຈຕາມກິດໝາຍ; ຜູ້ປົກຄອງຕາມກິດໝາຍຂອງບຸກຄົນ; ຜູ້ປົກຄອງຈຳກັດຂອງບຸກຄົນເມື່ອເວລາຜູ້ປົກຄອງຈຳກັດມີສິດອຳນາດກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈເຮືອງການປົນປົງສຸຂະພາບ; ທະນາຍຄວາມຕາມກິດໝາຍຂອງບຸກຄົນ; ທະນາຍຄວາມຕາມຄວາມຈິງຂອງບຸກຄົນ (ຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ມີອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຈະທຳການຕັດສິນໃຈເຮືອງການປົນປົງສຸຂະພາບ); ຫລື ຄົນອື່ນໆຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ໄດ້ຖືກອະນຸຍາດຕາມກິດໝາຍໃຫ້ທຳຕົວເປັນບຸກຄົນທີ່ມີຄຳຖາມ. ເອກສານບັນທຶກຂອງຄວາມສັມພັນທາງກິດໝາຍຕ້ອງຖືກລວມຢູ່ໃນໃບຄຳຮ້ອງ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ ແລະ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍ ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃບຄຳຮ້ອງ. ຖ້າຫາກວ່າຜູ້ຮ້ອງຂໍມີອາຍຸ 18 ປີ ຫລື ກາຍກວ່າ, ບໍ່ວ່າຈະແມ່ນຜູ້ຮ້ອງຂໍ ຫລື ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກິດໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ໃສ່ວັນທີໃບຄຳຮ້ອງ.

ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງ ແລະ ເອກສານຄັດມານຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີໄປຫາຫ້ອງການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 1 Headquarters (ຄາວຕີທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: 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
ເລກໂທຟຣີ: 1-800-462-0624

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 2 Headquarters (ຄາວຕີທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

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

ສູນກາງໃຫຍ່ຂອງ Region 3 Headquarters (ຄາວຕີທີ່ຖືກຮັບໃຊ້: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

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

ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງ DDA, ຈົ່ງໄປທີ່ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.