

ХБХЗ-т хандсан Хууль Зүйн Эрх Тодорхойлох Өргөдөл Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY
(ЗӨВХӨН ОФИСИЙН ХЭРЭГЛЭЭНД)

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

Өргөдөл гаргагчийн мэдээлэл			
ОВОГ	ОВГИЙН НЭР	НЭР	ТӨРСӨН ОГНОО
ХҮЙС <input type="checkbox"/> Эмэгтэй <input type="checkbox"/> Эрэгтэй <input type="checkbox"/> Мэдэгдэхгүй / Тайлагнаагүй	ГЭРЛЭЛТИЙН БАЙДАЛ <input type="checkbox"/> Гэрлэж байгаагүй <input type="checkbox"/> Салсан <input type="checkbox"/> Гэрлэсэн <input type="checkbox"/> Тусдаа амьдардаг <input type="checkbox"/> Гэрлээгүй хамтран оршин суугч <input type="checkbox"/> Бэлэвсэн	ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ХАРИЛЦААНЫ ХЭРЭГЦЭЭ Хэлмэрч шаардлагатай эсэх: <input type="checkbox"/> Англи хэлээр ярьдаг эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Баримт бичиг орчуулга: <input type="checkbox"/> Хязгаарлалттай <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Англи хэл ойлгодог: Анхдагч бичсэн хэл: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хязгаарлалттай Ярьдаг эх хэл:	ОМГИЙН БҮРТГЭЛ НИЙГМИЙН ДААТГАЛЫН ДУГААР ДЭЭД БОЛОВСРОЛЫН ХЭЛБЭР ЭСВЭЛ ТӨРӨЛ
УГСААТНЫ КОД (ЭНЭ ХАМААРАХ ЭСЭХИЙГ ШАЛГАХ) <input type="checkbox"/> Америкийн эсвэл Аляскийн уугуул үндэстэн <input type="checkbox"/> Хар эсвэл Африкийн Америк <input type="checkbox"/> Цагаан арьстан <input type="checkbox"/> Ази <input type="checkbox"/> Уугуул Хавай хүн / Өөр нэгэн Номхон Далайн арлын уугуул <input type="checkbox"/> Тайлагнаагүй			ИСПАНИ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
ЭМНЭЛЭГ <input type="checkbox"/> Тийм; хэлбэр: <input type="checkbox"/> Үгүй Бусад даатгал:	ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ОРШИН СУУГАА БАЙДАЛ <input type="checkbox"/> Насанд хүрэгсдийн Лицензтэй Байгууламж <input type="checkbox"/> Гэргүй <input type="checkbox"/> Хамаатаны Гэр <input type="checkbox"/> Хүүхэд асрагчийн гэр <input type="checkbox"/> Эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууламж <input type="checkbox"/> Өөрийн гэр <input type="checkbox"/> Засан Хүмүүжүүлэх Байгууламж / Шорон <input type="checkbox"/> Эмнэлэг, сэтгэц мэдрэлийн байгууламж <input type="checkbox"/> Эцэг эхийн орон сууц <input type="checkbox"/> Сувилгааны Байгууламж <input type="checkbox"/> Бусад, тайлбарлах:		
ГУДАМЖ ХАЯГ	ХОТ	МУЖ	ZIP КОД
			ОРШИН СУУГАА БҮС
ЭМЭЙЛ ХАЯГ (ХЭРВЭЭ ӨӨР БАЙВАЛ)	ХОТ	МУЖ	ZIP КОД
			ВАШИНГТОН БОЛ БИЧЛЭГИЙН ЦЭРГИЙН АЛБАНЫ ГЭР <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
АНХДАГЧ УТАСНЫ ДУГААР () -	<input type="checkbox"/> ГАР УТАС <input type="checkbox"/> ГЭР <input type="checkbox"/> АЖИЛ <input type="checkbox"/> ЗУРВАС	БУСАД УТАСНЫ ДУГААР () -	<input type="checkbox"/> ГАР УТАС <input type="checkbox"/> ГЭР <input type="checkbox"/> АЖИЛ <input type="checkbox"/> ЗУРВАС
ЭМЭЙЛ ХАЯГ			
ОЧИХ ХОРООЛЛЫН СУРГУУЛИЙН ЖАГСААЛТ БА ОГНООНУУД			
ТА ЯМАР ШАЛТГААНААР ӨРГӨДӨЛ ГАРГАЖ БАЙГААГАА ХЭЛНЭ ҮҮ			
ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛ БА АНХ АЖИГЛАГДСАН НАС Анх оношилсон нас: <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Эпилепси <input type="checkbox"/> Тархины саажилт <input type="checkbox"/> Сэтгэцийн эмгэг <input type="checkbox"/> Хромозомын Байдлууд <input type="checkbox"/> Мэдрэлийн тогтолцооны байдал <input type="checkbox"/> Хөгжлийн Хоцрол		ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛ ТОДОРХОЙЛОХ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ӨРГӨДӨЛ Өргөдөл гаргагч нь сүүлийн жилийн Нийгмийн Даатгалын Хөгжлийн Бэрхшээлийн Тэтгэмж, Нэмэлт Аюул Ослын Орлого эсвэл DSHS тэтгэлэгт бус Эрүүл Мэндийн Туслалцаатай юу? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	
Төлөөлөгчийн Мэдээлэл			
ОВОГ	ОВГИЙН НЭР	НЭР	ЭХ ХЭЛ
ЭМЭЙЛ ХАЯГ	ХОТ	МУЖ	ZIP КОД
			Хэлмэрч: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Орчуулга: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
АНХДАГЧ УТАСНЫ ДУГААР () -	<input type="checkbox"/> ГАР УТАС <input type="checkbox"/> ГЭР <input type="checkbox"/> АЖИЛ <input type="checkbox"/> ЗУРВАС	БУСАД УТАСНЫ ДУГААР () -	<input type="checkbox"/> ГАР УТАС <input type="checkbox"/> ГЭР <input type="checkbox"/> АЖИЛ <input type="checkbox"/> ЗУРВАС
ЭМЭЙЛ ХАЯГ			
ХАРИЛЦААНЫ ХЭЛБЭР / ҮҮРЭГ		ХУУЛЬ ЗҮЙН ХАРИЛЦАА (БАРИМТУУД ХАВСАРГАХ)	ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧТАЙ АМЬДРАХ <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
БУСАД ЭЦЭГ ЭХИЙН ОВОГ НЭР			
Гарын үсэг(-үүд)			
НАСАНД ХҮРСЭН ӨРГӨДӨЛ ГАРГАГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ			ОГНОО
ЭЦЭГ ЭХ ЭСВЭЛ ХУУЛЬ ЗҮЙН ТӨЛӨӨЛӨГЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ		ОГНОО	ХУУЛЬ ЗҮЙН ХАРЬЦАА

ХБХЗ Хууль Зүйн Тодорхойлолтын Зааварчилгааны Өргөдөл

Шаардлагатай хавсралтуудын жагсаалт: Энэ өргөдөлийг шаардлагатай хавсралтуудгүйгээр хүлээж авахгүй.

- Бүх хэсгүүдийг бөглөсөн гарын үсэг зурсан өргөдөл.
- Гарын үсэг зурсан HIPAA маягт (Хувийн Дадлагын мэдэгдэл).
- Нууц мэдээллийг солилцох гарын үсэг зурсан Зөвшөөрөл – бүх холбоонуудын утасыг оруулах. 13 эсвэл түүнээс дээш насны өргөдөл гаргачид гарын үсэг зурах шаардлагатай.
- Хэрэв албан ёсны төлөөлөгч байгаа тохиолдолд асрагчийн бичиг баримт эсвэл өөр нэгэн шүүхийн баримтыг хавсаргана.

Өргөдөл Гаргагчийн Мэдээлэл Өргөдөл гаргагч гэдэг нь түүнээс ХБХЗ Хууль Зүйн байдлыг гаргаж өгөхийг шаардсан хүн.

Өргөдөл Гаргагчийн Нэр: Өргөдөл гаргагчийн хууль зүйн нэрийг оруулах. Түүний хоч нэрийг оруулахгүй.

Төрсөн Огноо: Өргөдөл гаргагчийн төрсөн он, сар, өдрийг оруулах.

Хүйс: Хэрэв өргөдөл гаргагч нь энэ асуултад хариулах хүсэлгүй бол арай боломжийн эсвэл мэдэгдэхгүй/тайлагнаагүй хариулт сонгох.

Өргөдөл гаргагчийн гэр бүлийн байдал: Өргөдөл гаргагчийн одоогийн гэр бүлийн байдлыг заах.

Харилцаа: Өргөдөл гаргагчийн холбоо барих аргыг заах.

Хэрэв өргөдөл гаргагч хэлмэрч эсвэл түүний бичсэн захидалыг орчуулах шаардлагатай гэж заасан бол ТИЙМ гэхээр зохих дөрвөлжинг шалга.

Өргөдөл гаргагч англи хэлээр ярьдаг, ойлгодог эсвэл маш хязгаарлагдсан байдалтай харьцдаг гэдгийг тодорхойлох. Өргөдөл гаргагчийн эх хэлээр бичих ба эсвэл түүний харилцааны аргаар бичих, үүнд Америкийн Дохионы ХЭЛ (АДХ) эсвэл өөр хэл оруулах, Брайл, эсвэл хэрэв өргөдөл гаргагч нь TDD эсвэл харилцааны өөр нэгэн төхөөрөмж хэрэглэдэг эсэх.

Омгийн Бүртгэл: Хэрэв байвал өргөдөл гаргагчийн омгийн бүртгэлээр бичих. Өөр бол "N/A" гэж бичих.

Нийгмийн Даатгалын Дугаар: Хэрэв байвал өргөдөл гаргагчийн Нийгмийн Даатгалын Дугаарыг бич.

Боловсрол: Өргөдөл гаргагчийн боловсролын хэлбэр эсвэл боловсролын хамгийн дээд хэмжээг бич.

Угсаатны Код: Өргөдөл гаргагчийн угсаа гаралыг илүү сайн тайлбарлах хариуг бич. **Испани:** Хэрэв өргөдөл гаргагч Испани бол ТИЙМ гэж бич.

Эрүүл мэндийн Тусламж: Хэрэв өргөдөл гаргагч эрүүл мэндийн туслалцаа авч байвал ТИЙМ гэж бич. Эрүүл мэндийн туслалцааны төрлийг бич: А, В, С, D.

Бусад Даатгал: Нэр эсвэл өөр нэгэн эрүүл мэндийн даатгалын төлөвлөгөөг оруулах (засгийн газрын эсвэл хувийн), хэрэв байвал.

Өргөдөл Гаргагчийн жирийн гэрийн байдал: Өргөдөл гаргагчийн одоогийн гэрийн байдлыг илүү ихээр тайлбарлах дөрвөлжинг шалга.

Холбоо барих Мэдээлэл: Өргөдөл гаргагчийн одоогийн оршин суугаа хаяг, эмэйл явуулах хаяг ба утасны дугаарыг бичих.

Сургуулийн Хороолол: Өргөдөл гаргагчийн сургуулийн хороололд бичих – үүнд хороолол бүрийн утасны дугаар оруулах. Хэрэв та сургуулийн хороололоос бичлэг шаардвал үүнийг Зөвшөөрөлд оруулж гаргах ёстой.

Өргөдөл гаргасан шалтгаан: Өргөдөл гаргаж байгаа шалтгаануудаа бичих ба өргөдөл гаргагч болон түүний гэр бүлийн сонирхож байгаа үйлчилгээг бич.

Хөгжлийн Бэрхшээл: Өргөдөл гаргагчийн нэг буюу үүнээс илүү оношийг бичих ба анх оношлогдсон өргөдөл гаргагчийн насыг бич. Бидэнд арай илүү мэдээлэл өгөхөөр өөр нэгэн цаасны хуудас хэрэглэ.

Хөгжлийн Бэрхшээлийн Өргөдлүүд: Өргөдөл гаргагч өнгөрсөн онд хөгжлийн бэрхшээлийн эцэс болгож төгсгөхөөр өргөдөл гаргасан эсэхийг бич. Энэ нь Нийгмийн Даатгал, Нэмэлт Аюул Осолыг Орлого эсвэл Тэтгэмжгүй Эрүүл Мэндийн Туслалцаа байж болно. Мэдээлэлийг байршилийн бичлэгт оруулж туслалцаа авч болно.

Төлөөлөгчийн Мэдээлэл: Өргөдөл гаргагчтай холбоо барьж болох хүний нэр болон холбогдох хаяг эсвэл бид өргөдөл гаргагчтай холбоо барих боломжгүй тохиолдолд холбоо барих мэдээллийг өгөх чадалтай хүний хаяг өгөх. **Эх хэл:** Хэрэв хэлмэрч/орчуулагч хэрэгцээтэй бол хэлийн жагсаалт гаргах.

Харилцааны Хэлбэр/Байдал: Яаж төлөөлөгч нь өргөдөл гаргагчийг мэдэх эсвэл түүнд ямар байдлаар хамаарахыг бич.

Хууль зүйн төлөөлөгч: Хэрэв хууль зүйн төлөөлөгч байвал түүнийг бич. Хууль Зүйн Төлөөлөгч бол арван найман наснаас бага насны хүүхдийн эцэг эх; тус хүний хууль зүйн асрагч; хязгаарлалттай асрагч нь эрүүл мэндийн талаар шийдвэр гаргах эрхтэй байх; хуулиар хүний захиргаат төлөөлөгч, тус хүнийг хууль зүйн байгууллагад төлөөлөх хүн, тус хүний ин факт төлөөлөгч (захиргааны эрх мэдэлтэй ба эрүүл мэндийн шийдвэр гаргах зөвшөөрөл авсан хүн); эсвэл хуулийн дагуу тус хүнийг төлөөлж ажиллах эрх мэдэлтэй хүн байж болно. Хууль зүйн төлөөлөгчийн баримт бичиг нь өргөдөлд хавсарсан байх шаардлагатай.

Өргөдөл гаргагч ба/эсвэл хуулийн төлөөлөгчийн гарын үсэг: Хэрэв өргөдөл гаргагч 18 наснаас доош настай бол тэр эсвэл түүний эцэг эх эсвэл хууль зүйн төлөөлөгч нь энэ өргөдөлд гарын үсэг зурж огноог тэмдэглэнэ. Хэрэв өргөдөл гаргагч нь 18 наснаас илүү настай бол өргөдөл гаргагч эсвэл түүний хуулийн төлөөлөгч өргөдөлд гарын үсэг зурж огноог тэмдэглэнэ.

Өргөдөл ба шаардлагатай хавсралтуудыг доор заасан офист буцааж явуулна уу.

Бүс 1 Төв Байрууд (Үйлчилгээний Бүсүүд: Адамс, Асотин, Бентон, Челан, Колумбия, Дуглас, Фери, Франклин, гАрфилд, Грант, Кититас, Кликатат, Линкольн, Оканоган, Пенд Орейл, Спокан, Стевенс, Вала Вала, Витман, Яакима)

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

Бүс 2 Төв Байрууд (Үйлчилгээний Бүсүүд: Исланд, Кинг, Сан Хуан, Скажит, Снохомиш, Ватком)

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

Бүс 3 Төв Байрууд (Үйлчилгээний Бүсүүд: Клалам, Кларк, Коулитц, Грейс Харбор, Джеферсон, Китсап, Левис, Масон, Пасифик, Пиерсэ, Скамания, Турстон, Вахкиаким)

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

ХБХЗ хууль зүйн тухай илүү их мэдээлэл авах бол <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> руу очно уу.