

**DDA योग्यता निर्धारणका लागि अनुरोध**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication  
DDA NUMBER:

<b>आवेदक सम्बन्धी जानकारी</b>			
पहिलो नाम		बीचको प्रथमाक्षर	थर
जन्ममिति			
लिङ्ग	वैवाहिक स्थिति	आवेदकको सञ्चार आवश्यकताहरू	
<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> अहिलेसम्म विवाह नभएको	दोभाषे आवश्यक छ:	
<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
<input type="checkbox"/> अज्ञात / रिपोर्ट नगरिएको	<input type="checkbox"/> विवाहित	अनुवाद कगजातहरू:	
	<input type="checkbox"/> अलग भएको	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
	<input type="checkbox"/> अविवाहित जीवनसाथी	प्राथमिक रूपमा लेख्ने भाषा:	
	<input type="checkbox"/> विधवा	प्राथमिक रूपमा बोल्ने भाषा:	
जাতिय संहिता (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)			जन्मजातीय नामाङ्कन
<input type="checkbox"/> अमेरिकी वा अलास्का निवासी			<input type="checkbox"/> जनजातीय नामाङ्कन
<input type="checkbox"/> एसियाली			सामाजिक सुरक्षा नम्बर
<input type="checkbox"/> काला जाति वा अफ्रिकी अमेरिकी			उच्च शिक्षा स्तर वा प्रकार
<input type="checkbox"/> हवाई निवासी / अन्य प्रशान्त टापुवासी			
<input type="checkbox"/> गोरा			
<input type="checkbox"/> रिपोर्ट नगरिएको			
मेडिकेड			हिसप्यानिक
<input type="checkbox"/> हो; प्रकार:			<input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन
<input type="checkbox"/> होइन			
अन्य बीमा:			
आवेदकहरूको सामान्यतया हाउजिड अवस्था			
<input type="checkbox"/> इजाजतप्राप्त सुविधा			<input type="checkbox"/> घरबारविहीन
<input type="checkbox"/> बाल - फोस्टर होम			<input type="checkbox"/> अस्पताल, मेडिकल
<input type="checkbox"/> सुधारात्मक सुविधा / जेल			<input type="checkbox"/> अस्पताल, मनोचिकित्सक
<input type="checkbox"/> नर्सिङ सुविधा			<input type="checkbox"/> अन्य, व्याख्या गर्नुहोस्:
			<input type="checkbox"/> नातेदारको घर
			<input type="checkbox"/> आफ्नै गृह
			<input type="checkbox"/> अभिभावकको गृह
स्ट्रीट ठेगाना	शहर	राज्य	जीप कोड
निवास काउण्टी:			
पत्राचार ठेगाना (फरक छ भने)	शहर	राज्य	जीप कोड
वासिङ्गटन मिलिटरी रेकर्ड होम हो:			
<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			
प्राथमिक फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> गृह	अन्य फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> गृह
( ) -	<input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> सन्देश	( ) -	<input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> सन्देश
इमेल ठेगाना			
स्कूल डिस्ट्रिक्टमा उपस्थितिको सूची वा मितिहरू			
तपाईंले किन आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ हामीलाई भन्नुहोस्			
विकासत्मक अपाङ्गता र पहिलो पटक अवलोकन गर्दाको उमेर		अपाङ्गता निर्धारण गर्ने सेवा आवेदन	
पहिलो पटक निदान गरिएको उमेर:		आवेदकले पछिल्लो वर्ष सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता लाभ, पूरक सुरक्षा	
<input type="checkbox"/> अटिजम		<input type="checkbox"/> एपिलेप्सी	
<input type="checkbox"/> सेरेब्रल पाल्सी		<input type="checkbox"/> बौद्धिक अपाङ्गता	
<input type="checkbox"/> क्रोमोसोमल अवस्था		<input type="checkbox"/> न्यूरोलोजिकल अवस्था	
<input type="checkbox"/> विकासत्मक ढिलाई		<input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन	
प्रतिनिधिसम्बन्धी जानकारी			
पहिलो नाम		बीचको प्रथमाक्षर	थर
प्राथमिक भाषा			
पत्राचार ठेगाना		सहर	राज्य
		जिप कोड	
दोभाषे:		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
अनुवाद:		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
प्राथमिक फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> गृह	अन्य फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> गृह
( ) -	<input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> सन्देश	( ) -	<input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> सन्देश
इमेल ठेगाना			
सम्बन्ध प्रकार / भूमिका		कानूनी सम्बन्ध (कागजातहरू संलग्न गर्नुहोस्)	
		आवेदक सँगै बस्ने	
		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
अन्य प्रतिनिधिको नाम / भूमिका / इमेल			
अन्य प्रतिनिधिको नाम / भूमिका / इमेल			
हस्ताक्षर(हरू):			
वयस्क आवेदकको हस्ताक्षर			मिति
आमाबुवा वा कानूनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर		मिति	कानूनी सम्बन्ध

## DDA योग्यता निर्धारण निर्देशनहरूका लागि अनुरोध

आवश्यक संलग्नकहरूको सूची यो आवेदन आवश्यक संलग्नताहरूविना स्वीकार गर्न सकिन्छ।

- सबै भागहरू पूरा गरेर आवेदन हस्ताक्षर गरियो।
- HIPAA फाराम हस्ताक्षर गरियो (गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना)।
- गोपनीय जानकारी विनिमय गर्नका लागि हस्ताक्षर गरिएको सहमति - सबै सम्पर्कहरूका लागि फोन नम्बरहरू समावेश गर्नुहोस्। 13 वा सोभन्दा बढि उमेरको आवेदकहरूले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।
- कुनै पनि कानूनी प्रतिनिधि भएमा, अधिकार देखाउने संरक्षकताको कागज वा अन्य अदालत कागजातका प्रतिलिपिहरू।

आवेदकसम्बन्धी जानकारी DDA योग्यता अनुरोध गरिएको व्यक्ति आवेदक हो।

आवेदकको नाम: आवेदकको कानूनी नाम प्रविष्ट गर्नुहोस्। उपनामहरू प्रविष्ट नगर्नुहोस्।

जन्ममिति: आवेदकको जन्ममितिको महिना, दिन र वर्ष प्रविष्ट गर्नुहोस्।

लिङ्ग: आवेदकले यो प्रश्नको जवाफ दिन चाहनुहुन्छ भने सबैभन्दा लागूयोग्य वा अज्ञात/रिपोर्ट नगरिएको जवाफ छनोट गर्नुहोस्।

आवेदकको वैवाहिक स्थिति: आवेदनको हालको वैवाहिक स्थिति सङ्केत गर्नुहोस्।

सञ्चार: आवेदकको सञ्चारको विधि(हरू) सङ्केत गर्नुहोस्।

यदि आवेदकलाई लिखित पत्राचारको दोभाषे वा अनुवादको आवश्यकता भएमा होमा सङ्केत गर्नका लागि बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्।

आवेदक बोल्नुहुन्छ वा बोल्नुहुन्न, बुझ्नुहुन्छ वा बुझ्नुहुन्न वा सीमित अङ्ग्रेजी छ वा छैन भनी सङ्केत गर्नुहोस्।

यदि आवेदकले TDD वा अन्य सञ्चार यन्त्र प्रयोग गर्नुहुन्छ भने अमेरिकी साङ्केतिक भाषा (ASL) वा अन्य साङ्केतिक भाषा, ब्रेल लगायत आवेदकको प्राथमिक रूपमा बोलिने र लेखिने भाषा वा सञ्चार विधि अनुसार लेख्नुहोस्।

जनजातीय नामाङ्कन: आवेदकको कुनै जनजातीय नामाङ्कन छ भने, लेख्नुहोस्। अन्यथा, "उपलब्ध छैन" लेख्नुहोस्।

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: आवेदकको सामाजिक सुरक्षा नम्बर छ भने, लेख्नुहोस्।

शिक्षा: आवेदकले प्राप्त गर्नुभएको शिक्षाको उच्चतम स्तर वा प्रकार लेख्नुहोस्।

जातीय कोडहरू: आवेदकको जातियतालाई उत्कृष्ट रूपमा व्याख्या गर्ने उत्तर(हरू) मा सङ्केत गर्नुहोस्। **हिसप्यानिक:** आवेदक हिसप्यानिक हो भने, हो मा सङ्केत गर्नुहोस्।

**Medicare:** आवेदकले Medicare प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, हो मा संकेत गर्नुहोस्। Medicare को प्रकार(हरू) लेख्नुहोस्: A, B, C, D.

अन्य बीमा: उपयुक्त भएमा, कुनै पनि अन्य स्वास्थ्य बीमा योजना (सरकार वा निजी) को नाम प्रविष्ट गर्नुहोस्।

आवेदकको सामान्य आवास स्थिति: आवेदकको हालको आवास व्यवस्थापनलाई उत्कृष्ट रूपमा व्याख्या गर्ने बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्।

सम्पर्क जानकारी: आवेदकको हालको निवास ठेगाना, मेल गर्ने ठेगाना र फोन नम्बर(हरू) लेख्नुहोस्।

स्कूल डिस्ट्रिक्ट: आवेदक उपस्थित हुनुभएको स्कूल डिस्ट्रिक्टको नाम लेख्नुहोस् - हरेक डिस्ट्रिक्टका लागि फोन नम्बर समावेश गर्नुहोस्। यदि तपाईंले हामीलाई रेकर्ड गर्न चाहनुहुन्छ भने स्कूल डिस्ट्रिक्ट पनि सहमतिमा सूचीबद्ध हुनुपर्छ।

आवेदन दिनुका कारणहरू: आवेदन दिनुका कारण लेख्नुहोस् र आवेदक वा आवेदकको परिवार इच्छुक भएको सेवाहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

विकासत्मक असक्षमता: आवेदकका लागि एक वा सोभन्दा बढी निदान र आवेदकलाई पहिलो पटक निदान गर्दाको उनीहरूको उमेर सङ्केत गर्नुहोस्। हामीलाई थप बताउनका लागि अर्को कागजको पाना प्रयोग गर्न नहिचकिचाउनुहोस्।

अपाङ्गता आवेदन: पछिल्लो वर्षमा आवेदकले अपाङ्गताको निर्धारणका लागि आवेदन दिनुभएको थियो/थिएन सङ्केत गर्नुहोस्। यो सामाजिक सुरक्षा, पूरक सुरक्षा आम्दानी वा प्रदान नगरिएको चिकित्सा सहायताका लागि हुन सक्छ। यस जानकारीले हामीलाई रेकर्डहरू पत्ता लगाउनमा सहायता गर्न सक्छ।

प्रतिनिधिसम्बन्धी जानकारी: यदि हामी आवेदकलाई सम्पर्क गर्न असमर्थ भएमा आवेदकलाई सम्पर्क गर्न सक्षम हुने कसैको नाम र सम्पर्क जानकारी वा हामीलाई सम्पर्क जानकारी दिनुहोस्। **प्राथमिक भाषा:** यदि दोभाषे/अनुवाद आवश्यक भएमा भाषा सूचीबद्ध गर्नुहोस् वा सङ्केत गर्नुहोस्।

सम्बन्ध प्रकार/भूमिका: प्रतिनिधिले कसरी आवेदकलाई चिन्नुहुन्छ वा सम्बन्धित हुनुहुन्छ लेख्नुहोस्।

कानूनी प्रतिनिधि: कानूनी सम्बन्ध छ भने लेख्नुहोस्। कानूनी प्रतिनिधि एउटा कानूनी निर्णय गर्ने अधिकार भएको अठार वर्षभन्दा मुनिको बच्चाको आमाबुवा, व्यक्तिको कानूनी अभिभावक, व्यक्तिको सीमित अभिभावक जब सीमित अभिभावकसँग स्वास्थ्य स्याहार निर्णयहरूमा अधिकार हुन्छ; व्यक्तिको कानूनी अधिवक्ता; व्यक्तिको वास्तविक अधिवक्ता (अख्तियारनामा भएको कुनै व्यक्ति जसलाई स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी निर्णयहरू गर्नका लागि अधिकार दिइएको छ); वा प्रश्नमा भएको व्यक्तिको लागि कार्य गर्न कानूनद्वारा अधिकार दिइएको कुनै पनि अन्य व्यक्ति हो। कानूनी सम्बन्धको कागजात आवेदनका साथमा समावेश गर्नुपर्छ।

आवेदन र/वा कानूनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर आवेदक 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने उहाँको अभिभावक वा कानूनी प्रतिनिधिले आवेदनमा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नुपर्छ। आवेदक 18 वर्ष भन्दा बढि उमेरको हुनुहुन्छ भने, आवेदक वा उहाँको कानूनी प्रतिनिधिले आवेदनमा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नुपर्छ।

**तलको पत्राचार गर्ने कार्यालयमा आवेदन र आवश्यक संलग्नकहरू फिर्ता गर्नुहोस्।**

**क्षेत्र 1 प्रधान कार्यालयहरू (सेवा प्रदान गरिने काउन्टीहरू:** अडामस, असोटिन, बेन्टन, चेलान, कोलम्बिया, डगलस, फेरि, फ्रयाङ्कलिन, गार्फिल्ड, ग्रान्ट, किट्टिट्टास, लिङ्कन, ओकानोगन, पेन्ड ओरिल्ली, स्पोकेन, स्टेभिन्स, वाल्ला वाल्ला, हवाइटमेन, याकिमा)

1611 W INDIANA AVE  
SPOKANE WA 99205-4221

टोल फ्रि: 1-800-462-0624

**क्षेत्र 2 प्रधान कार्यालयहरू (सेवा प्रदान गरिने काउन्टीहरू:** आइल्याण्ड, किङ्ग, सान जुआन, स्कागिट, स्नोहोमिश, हवाटकम)

20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD WA 98036-3901

टोल फ्रि: 1-800-788-2053

**क्षेत्र 3 प्रधान कार्यालयहरू (सेवा प्रदान गरिने काउन्टीहरू:** कलालाम, क्लार्क, काउलिज, ग्रेज हार्बर, जेफर्सन, किट्सप, लेविस, मेसन, प्यासिफिक, पियर्स, स्कामानिया, थुर्स्टन, वाहकियाकुम)

1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903

टोल फ्रि: 1-800-248-0949

DDA योग्यता बारे थप जानकारीको लागि निम्नमा जानुहोस्: <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.