

د پرمختیایي معلولیتونو اداره (DDA)

د نوملیکني د ټاکلو غوښتنه

Request for DDA Enrollment Determination

یوآزی د دفتر د کاروني لپاره
(For Office Use Only)

لومړنی / دوباره غوښتنلیک

DDA (Developmental Disabilities Administration، د پرمختیایي معلولیتونو اداره) شمیره:

د لومړی نوم		د منځني نوم لومړنی توری		د زبیرون نیته	
جنسیت		د واده حالت		د قبیلې نوملیکنه	
<input type="checkbox"/> بنځینه	<input type="checkbox"/> هیڅ واده یې نه دی کړی	<input type="checkbox"/> جلا شوی			
<input type="checkbox"/> نارینه	<input type="checkbox"/> طلاق شوی			د ټولنیز امنیت شمېره	
<input type="checkbox"/> غیر باینری	<input type="checkbox"/> واده شوی				
<input type="checkbox"/> دا غوره بولم چې څه یې په اړه ونه وایم	<input type="checkbox"/> جلا شوی			لورترینه تعلیمي کچه یا ډول	
<input type="checkbox"/> راپور نه دی ورکړل شوی / ناپېژندل شوی	<input type="checkbox"/> بې واده ملگری/ملگری				
	<input type="checkbox"/> کوند/کونده شوی				
د غوښتنلیک ورکونکي د اړیکو اړتیاوې					
ژباړونکي ته اړتیا ده: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		په انگلیسی خبری کوي: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		په محدود ډول	
د سندونو ژباړه: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		په انگلیسی باندې پوهیږی: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه		په محدود ډول	
اصلي د لیکنې ژبه:		د خبرو کولو اصلي ژبه:			
نسلي کودونه (ټول هغه چې پلي کیري وټاکي):					
<input type="checkbox"/> امریکایي یا د الاسکا اصلي وگړي		<input type="checkbox"/> تور پوست یا افریقایي امریکایي		هسپانوي <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
<input type="checkbox"/> سپین پوست <input type="checkbox"/> آسیایي		<input type="checkbox"/> د هاوایي اصلي وگړي / د نورو پاسیفیک ټاپوگانو خلک			
<input type="checkbox"/> په اړه یې راپور نه دی ورکړل شوی					
Medicare					
<input type="checkbox"/> هو؛ ډول:		د غوښتنلیک ورکونکي د استوگني معمول وضعیت			
<input type="checkbox"/> نه		<input type="checkbox"/> بالغ - جواز لرونکی مرکز		<input type="checkbox"/> بې کوره	
بل ډول بیمه:		<input type="checkbox"/> د خپلوانو کور		<input type="checkbox"/> ماشوم - د پالنې کور	
		<input type="checkbox"/> روغتون، طبي مرکز		<input type="checkbox"/> خپل کور	
		<input type="checkbox"/> د اصلاحاتو مرکز / زندان		<input type="checkbox"/> رواني روغتون	
		<input type="checkbox"/> د والدینو کور		<input type="checkbox"/> د نرسانو مرکز	
		<input type="checkbox"/> نور، تشریح یې کړی:			
د کوڅې پته		ښار		ایالت	
		ښار		ایالت	
د استولو پته (که مختلفه وي)		ښار		ایالت	
		ښار		ایالت	
د اصلي تلیفون شمیره		د تلیفون بله شمیره		د استوگني کاونټي	
() -		() -		Washington د پوڅي د ثبت کور دی: <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
د کار خای <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/>		د کار خای <input type="checkbox"/> موبایل <input type="checkbox"/> کور <input type="checkbox"/>		د استوگني کاونټي	
د پیغام لپاره <input type="checkbox"/>		د پیغام لپاره <input type="checkbox"/>		د استوگني کاونټي	

د هغو ښوونځیو ولسوالیو لیست چې گډون مو پکې کړی او نیتې

مور ته ووايست چې ولې غوښتنلیک جمع کوئ

پرمختیایي معلولیت او هغه عمر چې لومړی مشاهده یې شوی
د لومړی تشخیص کیدو عمر:

- اوتیزم میرگي مغزي فلج
 ذهني معلولیت کروموزومي حالت عصبي حالت
 رشدي ځنډ

د معلولیت د ټاکلو خدمت غوښتنلیک
ایا غوښتنلیک ورکونکي په تېر یو کال کې د ټولنیز امنیت د معلولیت کټي، اضافي امنیتي عاید، یا د DSHS (Department of Social and Health Services)، د ټولنیزو او روغتیایي خدماتو وزارت) غیر مرستندویه طبي مرستې لپاره غوښتنه کړې ده؟ هو نه

د استازي معلومات

لومړی نوم	د منځني نوم لومړنی توری			تخلص
لومړی ژبه				
ژباړن:				
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه				
لیکلي ژباړه:				
<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه				
د استولو پته (که مختلفه وي)	ښار	ایالت	زیږ کور	
د اصلي تلفون شمېره	<input type="checkbox"/> کور	د تلفون بله شمېره	<input type="checkbox"/> موبایل	<input type="checkbox"/> کور
() -		() -		
د برېښنالیک پته	د کار خاي <input type="checkbox"/> د پیغام لپاره <input type="checkbox"/>			

د اړیکې ډول او نقش	قانوني اړیکه (ضمیمه شوي اسناد)	له غوښتنلیک ورکونکي سره ژوند کوي
		<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

د بل استازي نوم / نقش / برېښنالیک

د بل استازي نوم / نقش / برېښنالیک

لاسلیک(ونه)

د بالغ غوښتنلیک ورکونکي لاسلیک

نیټه

د والدینو یا قانوني استازي لاسلیک

نیټه

قانوني اړیکه

د DDA د نوم‌لیکنې د ټاکلو غوښتنې لارښوونې

د اړینو ضمیمه شویو اسنادو لیست دا غوښتنلیک د اړینو ضمیمه شویو اسنادو پرته نه منل کېدی شي.

لاسلیک شوی غوښتنلیک چې ټولې برخې یې بشپړې شوي وي.

لاسلیک شوی HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)، د روغتیايي بیمې د لیرد او محرمیت قانون) فورم (د محرمیت د کړنو خبرتیا).

لاسلیک شوی د محرم معلوماتو د تبادلې لپاره رضایت – د ټولو اړیکو د تلیفون شمیرې شاملې کړئ. هغه غوښتنلیک ورکونکي چې عمر یې 13 یا زیات وي باید لاسلیک وکړي.

که قانوني استازی موجود وي، د سرپرستی اسنادو یا نورو محکمې سندونو کاپي چې د واک څرگندونه کوي.

د غوښتنلیک ورکونکي معلومات غوښتنلیک ورکونکي هغه شخص دی چې د DDA نوم‌لیکنې لپاره غوښتنه یې کېږي.

د غوښتنلیک ورکونکي نوم: د غوښتنلیک ورکونکي قانوني نوم ولیکئ. د مستعار نومونو د لیکلو څخه ډډه وکړئ.

د زیږون نېټه: د غوښتنلیک ورکونکي د زیږون میاشت، ورځ او کال ولیکئ.

جنسیت: هغه ځواب وټاکئ چې تر ټولو مناسب وي، یا "نامعلوم / راپور نه دی ورکړل شوی" که غوښتنلیک ورکونکي نه غواړي دې پوښتنې ته ځواب ورکړي.

د غوښتنلیک ورکونکي د واده حالت: د غوښتنلیک ورکونکي اوسنی د ودونو وضعیت مشخص کړئ.

اړیکه: د غوښتنلیک ورکونکي د اړیکې میتود(ونه) مشخص کړئ. که غوښتنلیک ورکونکي ته ژباړونکي یا د لیکلي مکاتباتو ژباړه پکار وي، د "هو" صندوق نښه کول وټاکئ. دا روښانه کړئ چې غوښتنلیک ورکونکي په انګلیسي خبرې کوي، پوهیږي، یا محدوده پوهه لري. د غوښتنلیک ورکونکي اصلي د خبرو او د لیک ژبه یا د اړیکې میتود ولیکئ، په دې کې د ASL (American Sign Language)، امریکا د اشارې ژبه) یا بله د اشارې ژبه، بریل، یا که غوښتنلیک ورکونکي TDD (Telecommunications Device for the Deaf)، د ګونګو کسانو لپاره د لرې لارې خبرو اترو وسیله) یا بله د اړیکې وسیله کاروي شامل کړئ.

د قبیلې نوم‌لیکنه: د غوښتنلیک ورکونکي د قبیلې نوم‌لیکنه ولیکئ، که موجود وي. که نه، "نه پلي کیري" ولیکئ.

د ټولنیز امنیت شمېره: که موجوده وي، د غوښتنلیک ورکونکي د ټولنیز امنیت شمېره ولیکئ.

زده کړه: د غوښتنلیک ورکونکي تر ټولو لوړه ترلاسه شوې تعلیمي کچه یا ډول ولیکئ.

قومیتي ګډونه: هغه ځواب(ونه) وښایئ چې د غوښتنلیک ورکونکي د قومیت تر ټولو ښه تشریح کوي. هسپانوي: که غوښتنلیک ورکونکي هسپانوي وي، نو هو په نښه کړئ.

Medicare: که غوښتنلیک ورکونکي د Medicare خدمت ترلاسه کوي، نو هو په نښه کړئ. د Medicare ډول(ونه) ولیکئ: A, B, C, D

بل ډول بیمه: که موجوده وي، د هر ډول بل روغتیايي بیمې پلان (د حکومت یا شخصي) نوم ولیکئ.

د غوښتنلیک ورکونکي د عادي استوګني وضعیت: هغه بکس وټاکئ چې د غوښتنلیک ورکونکي اوسنی د استوګني وضعیت تر ټولو ښه تشریح کوي.

د اړیکې معلومات: د غوښتنلیک ورکونکي اوسنی د استوګني پته، د لیکونو لیږلو پته او د تیلیفون شمېره(ې) ولیکئ.

ښوونیزې ولسوالۍ: هغه ښوونیزې ولسوالۍ(ګانې) ولیکئ چې غوښتنلیک ورکونکي پکې زده کړې کړي دي – د هرې ولسوالۍ لپاره یوه د تیلیفون شمېره هم شامله کړئ. که غواړئ مور د ریکارډونو غوښتنه وکړو، ښوونیزې ولسوالۍ(ګانې) باید په رضایت کې هم ذکر شوي وي.

د غوښتنې کولو لامل: د غوښتنې د دلیل(ونو) په اړه ولیکئ او هغه خدمات چې غوښتنلیک ورکونکي یا د هغه کورنۍ یې غواړي، هم ذکر کړئ.

رشدي معلولیت: د غوښتنلیک ورکونکي لپاره یو یا څو تشخیصونه وښایئ او د هغه هاغه عمر ولیکئ کله چې لومړی ځل تشخیص شوی و. مهرباني وکړئ د نورو معلوماتو ورکولو لپاره د بلې پاڼې له کارولو څخه ډډه مه کوئ.

د معلولیت غوښتنې: دا وښایئ چې غوښتنلیک ورکونکي په تېر یو کال کې د معلولیت د تشخیص لپاره غوښتنه کړې ده که نه. دا کیدای شي د ټولنیز امنیت، د اضافي امنیتي عاید یا غیر مرستندویه طبي مرستې لپاره وي. دا معلومات مور سره د ریکارډونو په موندلو کې مرسته کولای شي.

د نماینده په اړه معلومات: د هغه چا نوم او د تماس معلومات چې وکولی شي د غوښتونکي سره اړیکه ونیسي یا که مور غوښتنلیک ورکونکی ته رسیدگی ونه کړو، مور ته د تماس معلومات راکړي. اصلي ژبه: ژبه ولیکئ او دا وښایئ که ژباړې / شفاهي ژباړې ته اړتیا وي.

د اړیکې ډول/نقش: دا ولیکئ چې استازی څنگه د غوښتنلیک ورکونکی سره آشنا دی یا کوم اړیکه ورسره لري که نه.

قانوني استازی: که موجود وي، د قانوني استازیتوب اړیکه ولیکئ. یو قانوني استازی هغه څوک دی چې د اتلسو کالو څخه کم عمر لرونکي ماشوم مور یا پلار وي چې د قانوني پریکړې کولو واک لري؛ د شخص قانوني سرپرست؛ د شخص محدود سرپرست کله چې محدود سرپرست د روغتیا پاملرنې په پریکړو واک لري؛ د شخص حقوقي وکیل؛ د شخص وکیل د واقعیت په توګه (هغه څوک چې د وکالت واک لري او د روغتیا پاملرنې پریکړو کولو اجازه ورکړل شوې ده)؛ یا هر بل څوک چې د قانون له مخې د یاد شخص لپاره د عمل کولو اجازه لري. د قانوني اړیکې سند باید د غوښتنلیک سره یو ځای شامل وي.

د غوښتنلیک ورکونکی او/یا قانوني استازي لاسلیک که غوښتنلیک ورکونکی د 18 کالو څخه کم عمر لري، د هغه مور یا پلار یا قانوني استازی باید غوښتنلیک لاسلیک او نیټه پرې ولیکي. که غوښتنلیک ورکونکی 18 کلن یا زیات عمر ولري، نو یا غوښتنلیک ورکونکی یا د هغه قانوني استازی باید غوښتنلیک لاسلیک او نیټه پرې ولیکي.

غوښتنلیک او اړینې ضمیمې لاندې اړونده دفتر ته وسپارئ.

د لومړي سیمې مرکز (هغه کاونټي چې خدمات پکې ترلاسه کیدی شي):

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
وریا تلفوني شمیره: 1-800-462-0624

د دوهمې سیمې مرکز (هغه کاونټي چې خدمات پکې ترلاسه کیدی شي):

Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish
(Whatcom
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
وریا تلفوني شمیره: 1-800-788-2053

د دریمې سیمې مرکز (هغه کاونټي چې خدمات پکې ترلاسه کیدی شي):

Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson
(Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
وریا تلفوني شمیره: 1-800-248-0949

د DDA د وړتیا په اړه د نورو معلوماتو لپاره، دې لنډیک ته ولاړ شئ:

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