

درخواست تعیین واجد شرایط بودن DDA
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

 Initial Reapplication
 DDA NUMBER:

اطلاعات متقاضی		نام	نام میانی	نام خانوادگی	تاریخ تولد	
جنسیت	زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نامشخص / گزارش نشده <input type="checkbox"/>	وضعیت تأهل	هرگز ازدواج نکرده <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> دارای شریک بدون ازدواج <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/>	نیازهای ارتباطی متقاضی نیاز به مترجم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ترجمه اسناد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> زبان نوشتاری اصلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صحت به زبان انگلیسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محدود <input type="checkbox"/> درک زبان انگلیسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محدود <input type="checkbox"/> زبان گفتاری اصلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محدود <input type="checkbox"/>	ثبت نام قبیله ای
کدهای قومی (مواردی که شامل می شود را علامت بزنید)	<input type="checkbox"/> بومی آمریکا یا آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی	سیاهپوست یا آفریقایی آمریکایی <input type="checkbox"/> بومی هاوایی / سایر جزایر استوایی <input type="checkbox"/>	سفیدپوست <input type="checkbox"/> گزارش نشده <input type="checkbox"/>	هیسپانیک <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
مدیکر	<input type="checkbox"/> بله؛ نوع: <input type="checkbox"/> خیر سایر بیمه ها:	شرایط معمول مسکن متقاضیان	محل سکونت دارای مجوز فرد بالغ <input type="checkbox"/> خانه کودک - پرورشگاه <input type="checkbox"/> کانون اصلاح و تربیت / زندان <input type="checkbox"/> مرکز پرستاری <input type="checkbox"/>	بی خانمان <input type="checkbox"/> بیمارستان، مرکز پزشکی <input type="checkbox"/> بیمارستان، درمانگاه روانپزشکی <input type="checkbox"/> سایر، توضیح دهید: <input type="checkbox"/>	منزل اقوام <input type="checkbox"/> منزل شخصی <input type="checkbox"/> منزل والدین <input type="checkbox"/>	
آدرس خیابان	شهر	ایالت	کد پستی	کشور محل سکونت		
آدرس پستی (در صورت فرق داشتن)	شهر	ایالت	کد پستی	نام پستی سربرازی واشنگتن ایالت در انجام شده است	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
شماره تلفن اصلی	همراه <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>	شماره تلفن دیگر	همراه <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>	نشانی ایمیل		
فهرست بخش آموزش و پرورشی حضور یافته و تاریخها						
دلیل درخواست شما						
ناتوانی در رشد و سنی که ابتدا بررسی شد سن در زمان تشخیص:	<input type="checkbox"/> اوتیسم <input type="checkbox"/> فلج مغزی <input type="checkbox"/> مشکل کروموزوم <input type="checkbox"/> تأخیر در رشد	درخواست خدمات تعیین واجد شرایط بودن معلولیت آیا متقاضی در سال گذشته برای مزایای معلولیت تأمین اجتماعی، درآمد اضافی تأمین اجتماعی یا کمک پزشکی غیر اعطایی DSHS درخواست داده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	صرح <input type="checkbox"/> کم توانی ذهنی <input type="checkbox"/> مشکل عصبی <input type="checkbox"/>			
اطلاعات نماینده						
نام	حرف نام میانی	نام خانوادگی	زبان اصلی	آدرس پستی	شماره تلفن اصلی	
	شهر	ایالت	کد پستی	مترجم شفاهی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ترجمه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	همراه <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/> پیام <input type="checkbox"/>	
نقش / نوع رابطه	رابطه قانونی (اسناد را ضمیمه کنید)		با متقاضی زندگی می کند			
نام سرپرست / نقش / ایمیل دیگر						
نام سرپرست / نقش / ایمیل دیگر						
امضا(ها)						
امضا متقاضی بالغ	تاریخ					
امضا والد یا نماینده قانونی	تاریخ		رابطه قانونی			

دستورالعمل‌های درخواست تعیین واجد شرایط بودن DDA

فهرست پیوست‌های ضروری این درخواست بدون پیوست‌های ضروری مورد پذیرش واقع نمی‌شود.

درخواست امضاء شده و تمام قسمت‌ها تکمیل شد.

فرم HIPAA امضاء شده (اطلاعیه روش‌های حفظ حریم خصوصی).

فرم رضایت امضاء شده برای تبادل اطلاعات محرمانه - شامل شماره تلفن‌های تمام مخاطبین. متقاضیان 13 ساله یا بالاتر باید امضاء کنند.

در صورت وجود نماینده قانونی، نسخه‌های اوراق سرپرستی یا سایر مدارک دادگاه که بیانگر صلاحیت قانونی است.

اطلاعات متقاضی: این متقاضی فردی است که واجد شرایط بودن DDA برای وی درخواست شده است.

نام متقاضی: نام قانونی متقاضی را وارد کنید. نام مستعار را وارد نکنید.

تاریخ تولد: ماه، روز و سال تاریخ تولد متقاضی را وارد کنید.

جنسیت: مرتبط‌ترین پاسخ را انتخاب کنید یا نامشخص / گزارش نشده را در صورتی که متقاضی مایل به پاسخ دادن به این سؤال نیست وارد کنید.

وضعیت تأهل متقاضی: وضعیت تأهل فعلی متقاضی را مشخص کنید.

ارتباط: روش(های) ارتباطی متقاضی را مشخص نمایید.

در صورتی که متقاضی به مترجم شفاهی یا ترجمه مکاتبات نیاز داشته باشد، گزینه مقابل «بله» را علامت بزنید.

مشخص نمایید که متقاضی به زبان انگلیسی گفتگو می‌کند، این زبان را درک می‌کند یا آشنایی محدودی با این زبان دارد.

زبان اصلی گفتاری یا نوشتاری متقاضی یا روش ارتباطی وی، از جمله زبان اشاره آمریکایی (ASL) یا سایر زبان‌های اشاره، خط بریل را مشخص کنید و اشاره نمایید آیا متقاضی از TDD یا سایر دستگاه‌های ارتباطی استفاده می‌کند.

ثبت‌نام قبیله‌ای: ثبت قبیله متقاضی را (در صورت وجود) مشخص کنید. در غیر این صورت، عبارت «N/A» را بنویسید.

شماره تأمین اجتماعی: در صورت وجود، شماره تأمین اجتماعی متقاضی را وارد کنید.

آموزش: بالاترین نوع یا سطح آموزشی که متقاضی پشت سر گذاشته است را وارد کنید.

کدهای قومی: پاسخ(هایی) که به بهترین نحو قومیت متقاضی را بیان می‌کند مشخص نمایید. **هیسپانیک:** در صورتی که متقاضی هیسپانیک است گزینه «بله» را علامت بزنید.

مدیکر: در صورتی که متقاضی خدمات مدیکر دریافت می‌کند گزینه «بله» را علامت بزنید. نوع(انواع) مدیکر را مشخص کنید: A, B, C, D.

سایر بیمه‌ها: در صورت وجود، نام طرح بیمه سلامت (دولتی یا خصوصی) دیگر را وارد کنید.

شرایط معمول مسکن متقاضیان: گزینه‌ای که به بهترین نحو بیانگر شرایط سکونت فعلی متقاضی است را علامت بزنید.

اطلاعات تماس: آدرس محل سکونت، آدرس پستی و شماره(های) تلفن فعلی متقاضی را وارد کنید.

بخش آموزش و پرورش: بخش آموزش و پرورش که مخاطب در آن حضور داشته - شامل شماره تماس هر بخش - را وارد کنید. اگر مایل هستید ما سوابق شما را درخواست نمایم باید بخش آموزش و پرورش نیز در فرم رضایت گنجانده شود.

دلایل درخواست: دلیل(دلایل) درخواست را ذکر نمایید و خدماتی که متقاضی یا خانواده وی به آن علاقه‌مند است را به صورت فهرست‌وار بیان کنید.

معلومات رشدی: یک یا چند تشخیص مربوط به متقاضی و سن متقاضی در زمان اولین تشخیص را وارد کنید. می‌توانید از صفحه دیگری برای توضیحات بیشتر خود استفاده نمایید.

درخواست‌های معلولیت: مشخص کنید که متقاضی در سال گذشته برای تعیین معلولیت درخواست داده است. این می‌تواند شامل تأمین اجتماعی، درآمد اضافی تأمین اجتماعی یا کمک پزشکی غیر اعطایی باشد. این اطلاعات می‌تواند به ما در پیدا کردن سوابق شما کمک کند.

اطلاعات نماینده: نام و اطلاعات تماس فردی که قادر به تماس با متقاضی باشد یا در صورتی که نتوانیم با متقاضی تماس بگیریم، اطلاعات تماسی در اختیار ما قرار دهد. **زبان اصلی:** لیست زبان را ذکر نمایید و مشخص کنید به ترجمه شفاهی/ترجمه کتبی نیاز است یا خیر.

نقش/نوع رابطه: مشخص کنید نسبت نماینده با متقاضی چیست یا چگونه او را می‌شناسد.

نماینده قانونی: در صورت وجود، رابطه قانونی را ذکر نمایید. نماینده قانونی به والد کودک زیر هجده سال گفته می‌شود که دارای صلاحیت قانونی تصمیم‌گیری در مورد وی است؛ قیم قانونی فرد؛ قیم محدود فرد در زمانی که قیم محدود دارای صلاحیت در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت وی باشد؛ وکیل مدافع فرد؛ وکیل مدافع فرد (فرد دارای وکالت‌نامه که دارای صلاحیت تصمیم‌گیری در مورد تصمیمات مراقبت بهداشتی است)؛ یا سایر افرادی که توسط قانون دارای صلاحیت تصمیم‌گیری از جانب فرد مذکور هستند گفته می‌شود. اسناد رابطه قانونی باید همراه با درخواست ارائه شود.

امضاء متقاضی و/یا نماینده قانونی: در صورتی که متقاضی زیر 18 سال است، والد یا نماینده قانونی وی باید درخواست را امضا کرده و تاریخ بگذارند. در صورتی که متقاضی 18 سال یا بیشتر باشد، یا متقاضی یا نماینده قانونی وی باید درخواست را امضا کرده و تاریخ بگذارند.

فرم درخواست و سایر پیوست‌های ضروری را به اداره مربوطه زیر ارسال نمایید.

مقر منطقه 1 (شهرستان‌های پشتیبانی‌شده): Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima, Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, 1611 W INDIANA AVE SPOKANE WA 99205-4221 شماره رایگان: 1-800-462-0624

مقر منطقه 2 (شهرستان‌های پشتیبانی‌شده): Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom, 20311 52ND AVE W STE 302 LYNNWOOD WA 98036-3901 شماره رایگان: 1-800-788-2053

مقر منطقه 3 (شهرستان‌های پشتیبانی‌شده): Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum, Clallam, Clark, 1305 TACOMA AVE S STE 300 TACOMA WA 98402-1903 شماره رایگان: 1-800-248-0949

برای کسب اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن DDA به <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> مراجعه نمایید.