

DDA ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਣੇ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਚਲਾ ਮੁਢਲਾ ਅੱਖਰ	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ
ਲਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਅਗਿਆਤ/ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ	ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਕਦੀ ਵਿਆਹ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ <input type="checkbox"/> ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ <input type="checkbox"/> ਵਿਆਹੁਤਾ <input type="checkbox"/> ਵੱਖ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਅਣਵਿਆਹਿਆ ਸਾਥੀ <input type="checkbox"/> ਵਿਧਵਾ/ਵਿਧੁਰ	ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀਆਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਮੁਢਲੀ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ:	ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਥੋੜ੍ਹੀ-ਬਹੁਤ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਥੋੜ੍ਹੀ-ਬਹੁਤ ਬੋਲਣ ਵਾਲੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ:
ਨਸਲੀ ਕੋਡ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ)			ਹਿਸਪੈਨਿਕ
<input type="checkbox"/> ਅਮਰੀਕੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ	<input type="checkbox"/> ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ-ਅਮਰੀਕੀ	<input type="checkbox"/> ਗੋਰਾ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
<input type="checkbox"/> ਏਸ਼ਿਆਈ	<input type="checkbox"/> ਮੂਲ ਹਵਾਈ/ਹੋਰ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	<input type="checkbox"/> ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ	
ਮੈਡੀਕੇਅਰ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ; ਕਿਸਮ : <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ:	ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਆਮ ਹਾਉਸਿੰਗ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਬਾਲਗ-ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ ਸਹੂਲਤ <input type="checkbox"/> ਬੱਚਾ -ਲੇਪਾਲਕ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਸੁਧਾਰ ਘਰ/ਜੇਲ੍ਹ <input type="checkbox"/> ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ <input type="checkbox"/> ਬੇਘਰ <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ, ਮਾਨਸਿਕ-ਰੋਗੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ ਦੱਸੋ : <input type="checkbox"/> ਰਿਸਤੇਦਾਰ ਦਾ ਘਰ <input type="checkbox"/> ਆਪਣਾ ਘਰ <input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ ਘਰ		
ਸੜਕ ਦਾ ਪਤਾ	ਸਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖ ਹੈ)	ਸਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਮੁਢਲਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ - ()	<input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ	ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੋਨ ਨੰਬਰ - ()	<input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ
ਜਿਹਨਾਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ			
ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਉਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ			
ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) (ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਕਿਸ ਉਮਰ ਵਿਚ ਵੇਖੀ ਗਈ ਸੀ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਕਿਸ ਉਮਰ ਵਿਚ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ : <input type="checkbox"/> ਆਂਟਿਜ਼ਮ <input type="checkbox"/> ਮਿਰਗੀ <input type="checkbox"/> ਦਿਮਾਗੀ ਅਧਰੰਗ <input type="checkbox"/> ਬੌਧਿਕ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) <input type="checkbox"/> ਕ੍ਰੋਮੋਸੋਮਲ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਤੰਤੂ-ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਮੱਠਾ ਵਾਧਾ		ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) (ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਅਸਮਰੱਥਾ ਬਾਰੇ ਲਾਭਾਂ, ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ ਜਾਂ DSHS ਦੀ ਬਿਨਾ ਗ੍ਰਾਂਟ ਵਾਲੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਸੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਚਲਾ ਮੁਢਲਾ ਅੱਖਰ	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ	ਮਾਂ-ਬੋਲੀ
ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ	ਸਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਮੁਢਲਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ - ()	<input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ	ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੋਨ ਨੰਬਰ - ()	<input type="checkbox"/> ਸੈੱਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ
ਰਿਸਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ/ਭੂਮਿਕਾ	ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ)		ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਭੂਮਿਕਾ/ਈਮੇਲ			
ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਭੂਮਿਕਾ/ਈਮੇਲ			
ਦਸਤਖਤ			
ਬਾਲਗ਼ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ			ਤਾਰੀਖ
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ		ਤਾਰੀਖ	ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ

DDA ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਣੇ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਵਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

- ਭਰੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਾਲੀ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਅਰਜ਼ੀ
- ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ HIPAA ਫਾਰਮ (ਰਾਜਦਾਰੀ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ।)
- ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਲਈ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਸਹਿਮਤੀ –ਸਾਰੇ ਸੰਪਰਕਾਂ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ। 13 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਇੱਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਥਾਰਿਟੀ ਨੂੰ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਵਿਖਾਉਣੀਆਂ। ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ DDA ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀਦੇਣਵਾਲਾਨਾਂ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਂ ਭਰੋ ਘਰ ਦੇ ਨਾਂ ਨਾ ਭਰੋ।

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਦਾ ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ ਅਤੇ ਸਾਲ ਭਰੋ।

ਲਿੰਗ: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਇਸ ਸ਼ੁਆਹ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਾਗੂ ਜਾਂ ਅਗਿਆਤ/ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਗੱਲਬਾਤ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ (ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰੀ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਵਾਲੇ ਖਾਨੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਕੇ ਦੱਸੋ।

ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ, ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਬਹੁਤ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ, ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਮੁਢਲੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਲਿਖੋ, ਇਸ ਵਿਚ ਅਮਰੀਕੀ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ (ASL) ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਬੋਲ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ TDD ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਸੰਚਾਰ ਉਪਕਰਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਕਬਾਇਲੀ ਦਾ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ: ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦਾ ਕਬਾਇਲੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ ਲਿਖੋ। ਨਹੀਂ, ਤਾਂ "ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ" ਲਿਖੋ।

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ: ਜੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।

ਪੜ੍ਹਾਈ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਹਾਸਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚਾ ਪੱਧਰ ਜਾਂ ਕਿਸਮ ਲਿਖੋ।

ਨਸਲੀ ਕੋਡ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਨਸਲੀ ਮੂਲ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰੀਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਿਆਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਵਾਬ ਦੱਸੋ। ਹਿਸਪੈਨਿਕ: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸੋ।

ਮੈਡੀਕੇਅਰ: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸੋ। ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਦੀ ਕਿਸਮ (ਲਿਖੋ: A, B, C, D.

ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ: ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ (ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ (ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੀ ਆਮ ਹਾਉਸਿੰਗ ਸਥਿਤੀ: ਉਸ ਖਾਨੇ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਹਾਉਸਿੰਗ ਪ੍ਰਬੰਧ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਿਆਨਦਾ ਹੈ।

ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ, ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।

ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ: ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ, ਜਿਹੜੀਆਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹਿਆ/ਪੜ੍ਹੀ ਸੀ, ਲਿਖੋ –ਹਰ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਲਈ ਇੱਕ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਤੋਂ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਕਹੀਏ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਣ: ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦਾ/ਦੇ ਕਾਰਣ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਲਿਖੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਚ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਹੈ।

ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ) ਅਪੰਗਤਾ: (ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਲਈ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਰੇਗ-ਨਿਦਾਨਾਂ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਰੇਗ-ਨਿਦਾਨ ਕਦੇ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੱਸੋ। ਸਾਨੂੰ ਹੋਰ ਕੁਝ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਸ਼ੀਟ ਦੀ ਬੇਝਿਜਕ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਅਸਮਰੱਥਾ) ਅਪੰਗਤਾ (ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ: ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਅਸਮਰੱਥਾ) ਅਪੰਗਤਾ (ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ। ਇਹ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ, ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਬਿਨਾ ਗ੍ਰਾਂਟ ਵਾਲੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ, ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋਏਗਾ ਜਾਂ ਜੇ ਅਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ/ਅਨੁਵਾਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣੀ ਹੈ।

ਚਿਸ਼ਤੇ ਦੀ ਕਿਸਮ/ਭੂਮਿਕਾ: ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਉਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਨਾਲ ਕੀ ਸਬੰਧ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਲਿਖੋ।

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਜੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਲਿਖੋ। ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਰਣਾ ਲੈਣ ਦੇ ਅਖਤਿਆਰ ਵਾਲੇ ਅਠਾਰਾਂ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ; ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕੁਝ-ਕੁ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਦੋਂ ਕੁਝ-ਕੁ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਨਿਰਣੇ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਕੀਲ; ਅਸਲ ਵਿਚ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਕੀਲ) ਮੁਖਤਾਰਾਨਾ ਵੇ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਨਿਰਣੇ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਵਿਚਾਰ-ਅਧੀਨ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਅਟੈਚਮੈਂਟਾਂ ਸਬੰਧਿਤ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ।

ਹਲਕਾ 1 (ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ) ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਐਡਮਸ, ਐਸੇਟਿਨ, ਬੈਨਟਨ, ਸ਼ੋਲਨ, ਕੋਲੰਬੀਆ, ਡਗਲਸ, ਫ਼ੈਰੀ, ਫ਼੍ਰੈਂਕਲਿਨ, ਗਾਰਫ਼ੀਲਡ, ਗ੍ਰਾਂਟ, ਕਿਟੀਟਾਸ, ਕਲਿੰਕੀਟੈਟ, ਲਿੰਕਨ, ਓਕਾਨੋਗਾਨ, ਪੈਂਡ ਓਰੀਲੇ, ਸਪੋਕੇਨ, ਸਟੀਵਨਸ, ਵੱਲਾ ਵੱਲਾ, ਵਿਟਮੈਨ, ਯਾਕੀਮਾ(

W Indiana Ave 1611
Spokane WA 99205-4221
ਟੈਲ ਫ਼੍ਰੀ: 1-800-462-0624

ਹਲਕਾ 2 (ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ) ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਆਈਲੈਂਡ, ਕਿੰਗ, ਸਾਂ ਯੂਆਂ, ਸਕੈਗਿਟ, ਸਨੋਹੋਮਿਸ, ਵਾਟੂਕੋਮ(

52 20311ND AVE W STE 302
Lynnwood wa98036-3901
ਟੈਲ ਫ਼੍ਰੀ: 1-800-788-2053

ਹਲਕਾ 3 (ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ) ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਕਲੇਲਮ, ਕਲਾਰਕ, ਕਾਓਲਿਤਜ, ਗ੍ਰੇਜ਼, ਹਾਰਬਰ, ਜੈਫ਼ਰਸਨ, ਕਿਟਸੈਪ, ਲੁਇਸ, ਮੈਸਨ, ਪੈਸੀਫ਼ਿਕ, ਪੀਅਰਸ, ਸਕੈਮੈਨੀਆ, ਫਰਸਟਨ, ਵਾਹਕਿਆਕਮ(

1305TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA98402-1903
ਟੈਲ ਫ਼੍ਰੀ: 1-800-248-0949

DDA ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/> eligibility ਤੇ ਜਾਓ।