

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
**Kahilingan para sa Pagtukoy ng Pagiging
Karapat-dapat ng DDA**
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

Impormasyon ng Aplikante				
PANGALAN PANGGITNANG INISYAL APILYEDO			PETSA NG KAPANGANAKAN	
KASARIAN <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Hindi kilala / Hindi na-report	ESTADO SA PAG-AASAWA <input type="checkbox"/> Hindi kailanman Kasal <input type="checkbox"/> Diborsiyado <input type="checkbox"/> May asawa <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/> Hindi Kasal sa Kinakasama <input type="checkbox"/> Byuda	MGA PANGANGAILANGAN SA KOMUNIKASYON NG Kinakailangan ang Tagapagsalin: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Isalin ang Mga Dokumento: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Pangunahing nakasulat na wika:	Nagsasalita ng Ingles: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Limitado Naiintindihan ang Ingles: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Limitado Pangunahing pasalitang wika:	
			PAGPAPATALA SA TRIBO	
			NUMERO NG SOCIAL SECURITY	
MGA CODE NG ETNIKO (LAGYAN NG TSEK ANG LAHAT NG NALALAPAT) <input type="checkbox"/> Katutubong Amerikano o Alaska <input type="checkbox"/> Itim o Amerikanong Aprikano <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Katutubong Hawayano / Iba pang Taga-Isla pasipiko <input type="checkbox"/> Hindi na-iulat			HISPANIC <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
MEDICARE <input type="checkbox"/> Oo; uri: <input type="checkbox"/> Hindi Iba pang seguro:	KADALASANG SITWASYON NG PABAHAY NG APLIKANTE <input type="checkbox"/> Pasilidad na Lisensyado-sa-Matanda <input type="checkbox"/> Walang tahanan <input type="checkbox"/> Bahay ng kamag-anak <input type="checkbox"/> Anak-foster na tahanan <input type="checkbox"/> Ospital, medikal <input type="checkbox"/> Sariling Bahay <input type="checkbox"/> Koreksyonal na Pasilidad/ Kulungan <input type="checkbox"/> Ospital, saykayatriko <input type="checkbox"/> Bahay ng Magulang <input type="checkbox"/> Pasilidad ng Pag-aalaga <input type="checkbox"/> Iba pa, ilarawan:			
ADDRESS NG KALYE LUNGSOD ESTADO ZIP CODE		TIRAHAN NA BANSA		
ADDRESS SA KOREO (KUNG IBA) LUNGSOD ESTADO ZIP CODE		TAHANANG MILITAR NG REKORD ANG WASHINGTON <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
PANGUNAHING NUMERO NG TELEPONO () - <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> TRABAHO <input type="checkbox"/> MENSAHE	IBA PANG NUMERO NG TELEPONO () - <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> TRABAHO <input type="checkbox"/> MENSAHE	EMAIL ADDRESS		
ILISTA ANG MGA DISTRITO NG MGA PAARALAN NA DINALUHAN AT MGA PETA				
SABIHIN SA AMIN BAKIT KA NAG-AAPLAY				
PASULONG NA KAPANSANAN AT EDAD NANG UNANG NAOBSERBAHAN Edad na unang na-diagnose: <input type="checkbox"/> Awitismo <input type="checkbox"/> Epilepsya <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Kapansanan sa Pag-iisip <input type="checkbox"/> Kromosomal Kondisyon <input type="checkbox"/> Neorolohiko na Kondisyon <input type="checkbox"/> Pagka-antala ng Pag-unlad		APLIKASYON SA SERBISYO NG PAGTUKLAS SA KAPANSANAN Nag-aaplay ba ang aplikante para sa Mga Benepisyo sa Pagkapinsala ng Social Security, Supplemental Security Income, o DSHS Non-Grant na Medikal na Tulong sa nakaraang taon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Impormasyon sa Kinatawan				
PANGALAN PANGGITNANG INISYAL APILYEDO			PANGUNAHING WIKA	
ADDRESS NG KOREO LUNGSOD ESTADO ZIP CODE			Tagapagsalin: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Pagsasalin: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
PANGUNAHING NUMERO NG TELEPONO () - <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> TRABAHO <input type="checkbox"/> MENSAHE	IBA PANG NUMERO NG TELEPONO () - <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> TAHANAN <input type="checkbox"/> TRABAHO <input type="checkbox"/> MENSAHE	EMAIL ADDRESS		
URI NG KAUGNAYAN / TUNGKULIN	LEGAL RELASYON (MAGING MGA DOKUMENTO)		NAKATIRA KASAMA NG APLIKANTE <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
PANGALAN NG IBANG MAGULANG				
(Mga) Lagda				
LAGDA NG NASA HUSTONG GULANG NA APLIKANTE			PETSA	
LAGDA NG MAGULANG O LEGAL NA KINATAWAN		PETSA	LEGAL NA KAUGNAYAN	

Kahilingan para sa mga Tagubilin sa Pagdesisyon sa Pagiging Karapat-dapat ng DDA

Talaan ng mga kinakailangang Kalakip Ang aplikasyon na ito ay hindi maaaring tanggapin nang walang kinakailangang mga kalakip.

- Nilagdaang Aplikasyon kasama ang lahat ng nakumpletong bahagi.
- Nilagdaang HIPAA na form (Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado).
- Pirmadong Pahintulot upang Makipagpalit ng Kumpedensyal na Impormasyon - isama ang mga numero ng telepono para sa lahat ng mga kontak. Dapat pumirma ang mga aplikante na 13 o mas matanda.
- Kung may isang legal na kinatawan, mga kopya ng mga papel ng pangangalaga o iba pang mga dokumento ng korte na nagpapakita ng awtoridad.

Impormasyon ng Aplikante Ang aplikante ay ang tao para sa kaninong DDA karapat-dapat ay hiniling.

Pangalan ng Aplikante: Ipasok ang legal na pangalan ng aplikante. Huwag ipasok ang mga palayaw.

Araw ng kapanganakan: Ipasok ang buwan, araw at taon ng petsa ng kapanganakan ng aplikante.

Kasarian: Piliin ang sagot na pinaka-naaangkop o di-kilala/hindi naiulat kung mas gusto ng aplikante na hindi sagutin ang tanong na ito.

Katayuan ng Aplikante sa Pag-aasawa: Ipahiwatig ang kasalukuyang katayuan ng aplikante sa pag-aasawa.

Komunikasyon: Ipahiwatig ang (mga) pamamaraan ng komunikasyon ng aplikante.

Kung ang aplikante ay nangangailangan ng isang tagapagsalin o pagsasalin ng nakasulat na pagsusulatan i-tsek ang kahon upang ipahiwatig na OO.

Isaad kung ang aplikante ay nagsasalita, nauunawaan o may limitadong Ingles.

Isulat ang pangunahing sinasalita at isinusulat na wika o pamamaraan ng komunikasyon ng aplikanteng, kabilang ang Senyas na Wika ng Amerikano (ASL) o iba pang senyas na wika, Braille, o kung ang aplikante ay gumagamit ng isang TDD o iba pang mga aparato ng komunikasyon.

Pagpapatala sa Tribo: Isulat ang pagsusumite ng tribo ng aplikante, kung mayroon man. Kung hindi, isulat ang "N/A."

Numero ng Social Security: Isulat ang Numero ng Social Security ng aplikante, kung mayroon man.

Edukasyon: Isulat ang pinakamataas na antas o uri ng edukasyon na natamo ng aplikante.

Mga Kodigo ng Etniko: Ipahiwatig ang (mga) sagot na pinakamahasay na naglalarawan sa etnisidad ng aplikante. **Hispanic:** Kung ang aplikante ay Hispanic ipahiwatig ang OO.

Medicare: Kung natanggap ng aplikante ang Medicare ipahiwatig ang OO. Isulat ang (mga) uri ng Medicare: A, B, C, D.

Iba pang Seguro: Ipasok ang pangalan ng anumang iba pang plano sa segurong pangkalusugan (gobyerno o pribado), kung naaangkop.

Sitwasyon ng Karaniwang Pabahay ng Aplikante: Lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahasay na naglalarawan sa kasalukuyang pagsasaayos ng pabahay ng aplikante.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnay: Isulat ang kasalukuyang address ng tirahan ng aplikante, address ng koreo at (mga) numero ng telepono.

Mga Distrito ng Paaralan: Isulat ang mga distrito ng paaralan na dinaluhan ng aplikante - isama ang isang numero ng telepono para sa bawat distrito. Kung nais mong humingi kami ng mga rekord, ang mga distrito ng paaralan ay dapat ding nakalista sa Pahintulot.

Dahilan ng pag-aaplay: Isulat ang (mga) dahilan ng pag-aaplay at pagrehistro ng mga serbisyo na interesado ang aplikante o aplikante ng pamilya.

Pasulong na Kapansanan: Ipahiwatig ang isa o higit pang dyagnosis para sa aplikante at ang edad ng aplikante noong sila ay unang nasuri. Huwag mag-atubiling gumamit ng isa pang papel upang sabihin sa amin ang higit pa.

Mga Aplikasyon sa Kapansanan: Ipahiwatig kung ang aplikante ay nag-aaplay para sa isang pagpapasiya ng kapansanan sa nakaraang taon. Maaaring ito ay para sa Social Security, Supplemental Security Income o Non-Grant Medical Assistance. Ang impormasyong ito ay maaaring makatulong sa amin sa paghahanap ng mga talaan.

Impormasyon sa Kinatawan: Pangalan at impormasyon ng kontak ng isang tao na maaaring makipag-ugnay sa aplikante o bigyan kami ng impormasyon sa pakikipag-ugnay kung hindi namin maabot ang aplikante. **Pangunahing Wika:** Ilista ang wika at ipahiwatig kung kinakailangan ang interpretasyon/pagsasalin.

Uri ng Relasyon/Tungkulin: Isulat kung paano alam ng kinatawan o may kaugnayan sa aplikante.

Legal na Kinatawan: Isulat ang legal na relasyon kung may umiiral. Ang isang Legal na Kinatawan ay isang magulang ng isang bata sa ilalim ng labingwalong taon na may awtoridad sa paggawa ng desisyon; legal na tagapag-alaga ng isang tao; limitadong tagapag-alaga ng isang tao kapag ang limitadong tagapag-alaga ay may awtoridad sa mga pagpapasya sa pangangalaga sa kalusugan; abogado ng isang tao sa batas; ang isang abogado ng isang tao sa katunayan (isang taong may kapangyarihan ng abogado na pinahintulutan na gumawa ng mga desisyon sa pangangalaga sa kalusugan); o anumang ibang tao na pinahintulutan ng batas na kumilos para sa taong pinag-uusapan. Ang dokumentasyon ng legal na relasyon ay dapat kasama sa aplikasyon.

Aplikante at/o Lagda ng Legal na Kinatawan Kung ang aplikante ay sa ilalim ng edad na 18, ang kanyang mga magulang o legal na kinatawan ay dapat pumirma at lagyan ng petsa ang aplikasyon. Kung ang aplikante ay edad 18 o higit pa, ang aplikante o ang kanyang legal na kinatawan ay dapat pumirma at lagyan ng petsa ang aplikasyon.

Ibalik ang aplikasyon at mga hinihiling na kalakip sa naa-alinsunod na opisina sa ibaba.

Himpilan ng Rehiyon 1 (Saklaw na mga County: 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

Walang Bayad: 1-800-462-0624

Himpilan ng Rehiyon 2 (Saklaw na mga County: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901

Walang bayad: 1-800-788-2053

Himpilan ng Rehiyon 3 (Saklaw na mga County: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903

Walang Bayad: 1-800-248-0949

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging karapat-dapat ng DDA, pumunta sa <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.