

Запит про рішення щодо права на пільги DDA Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY

Initial Reapplication

DDA NUMBER:

Інформація щодо заявника				
ІМ'Я		ПО БАТЬКОВІ	ПРИЗВИЩЕ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
СТАТЬ <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Невідома / Не повідомляється	СІМЕЙНИЙ СТАН <input type="checkbox"/> Ніколи не був (була) у шлюбі. <input type="checkbox"/> Розлучений(-на) <input type="checkbox"/> Одружений(-на) <input type="checkbox"/> Мешкає окремо від дружини/чоловіка <input type="checkbox"/> Цивільний партнер <input type="checkbox"/> Вдовець/Вдова		КОМУНІКАЦІЙНІ ПОТРЕБИ ЗАЯВНИКА Необхідна допомога перекладача: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Документи мають бути перекладені: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Основна мова письмового спілкування:	
	Говорить англійською мовою: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Обмежено Розуміє англійську мову: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Обмежено Основна мова усного спілкування:		ЧЛЕНСТВО У ПЛЕМЕНІ НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЙВИЩИЙ РІВЕНЬ АБО ТИП ОСВІТИ	
	КОДИ ЕТНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ (ВІДМІТИТИ ВСЕ, ЩО СТОСУЄТЬСЯ) <input type="checkbox"/> Представник(-ця) корінних народів Америки або Аляски <input type="checkbox"/> Чорний(-а) або афроамериканець(-ка) <input type="checkbox"/> Білий(-а) <input type="checkbox"/> Азіат(-ка) <input type="checkbox"/> Корінний(-на) мешканець(-ка) Гавайїв/ корінний(-на) мешканець(-ка) інших островів Тихого океану <input type="checkbox"/> Не повідомляється		ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦЬ(-КА) <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
MEDICARE <input type="checkbox"/> Так; тип: <input type="checkbox"/> Ні Інші види страхування:		ЗВИЧАЙНІ УМОВИ ПРОЖИВАННЯ ЗАЯВНИКА <input type="checkbox"/> У ліцензованій установі для повнолітніх <input type="checkbox"/> Безпритульний(-а) <input type="checkbox"/> Дома у родичів <input type="checkbox"/> Дитина – у патронатній родині <input type="checkbox"/> У лікарні, медичному закладі <input type="checkbox"/> У власному будинку <input type="checkbox"/> У корекційному закладі / в'язниці <input type="checkbox"/> У лікарні, психіатричному закладі <input type="checkbox"/> У батьківському домі <input type="checkbox"/> Установа з сестринським доглядом <input type="checkbox"/> Інше, опишіть:		
АДРЕСА ВУЛИЦІ		МІСТА	ШТАТУ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)		МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ () -		<input type="checkbox"/> МОБІЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНІЙ <input type="checkbox"/> РОБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ПОВІДОМЛЕННЯ	ІНШІ НОМЕРИ ТЕЛЕФОНУ () -	<input type="checkbox"/> МОБІЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНІЙ <input type="checkbox"/> РОБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ПОВІДОМЛЕННЯ
АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ				
ЗАЗНАЧИТИ ШКІЛЬНІ ОКРУГИ, В ЯКИХ ВІДВІДУВАВ(-ЛА) ШКОЛИ ТА ДАТИ				
ПРИЧИНА ПОДАННЯ ЗАЯВИ				
ТИП ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ВАД РОЗВИТКУ ТА ВІК, У ЯКОМУ ЇЇ ОЗНАКИ СПОСТЕРІГАЛИСЯ ВПЕРШЕ Вік, у якому інвалідність діагностували вперше: <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Епілепсія <input type="checkbox"/> Церебральний параліч <input type="checkbox"/> Розумове порушення <input type="checkbox"/> Хромосомний розлад <input type="checkbox"/> Невралгічний стан <input type="checkbox"/> Затримка розвитку			ЗАЯВА ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ Чи подавав заявник запит про надання йому соціальної допомоги у зв'язку з інвалідністю (Social Security Disability Benefits), про отримання додаткового доходу (Supplemental Security Income) або про медичну допомогу поза грантами DSHS (DSHS Non-Grant Medical Assistance) у минулому році? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Інформація про представника				
ІМ'Я		ПО БАТЬКОВІ	ПРИЗВИЩЕ	ОСНОВНА МОВА
АДРЕСА ВУЛИЦІ		МІСТА	ШТАТУ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ () -		<input type="checkbox"/> МОБІЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНІЙ <input type="checkbox"/> РОБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ПОВІДОМЛЕННЯ	ІНШІ НОМЕРИ ТЕЛЕФОНУ () -	<input type="checkbox"/> МОБІЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНІЙ <input type="checkbox"/> РОБОЧИЙ <input type="checkbox"/> ПОВІДОМЛЕННЯ
ТИП ВІДНОСИН / РОЛЬ		ОФІЦІЙНІ ВІДНОСИНИ (ДОДАТИ ДОКУМЕНТИ)		МЕШКАЄ З ЗАЯВНИКОМ <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ІНШОГО БАТЬКА/МАТЕРІ				
Підпис(и)				
ПІДПИС ПОВНОЛІТНЬОГО ЗАЯВНИКА			ДАТА	
ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ АБО ОФІЦІЙНОГО ПРЕДСТАВНИКА			ДАТА	ОФІЦІЙНІ ВІДНОСИНИ

Інструкції щодо заповнення запиту про рішення щодо права на пільги DDA

Список обов'язкових документів, що додаються Ця заява не може бути подана без обов'язкових додатків.

- Підписана заява, усі розділи якої заповнені.
- Підписана форма HIPAA (повідомлення про норми конфіденційності).
- Підписаний дозвіл про обмін конфіденційною інформацією - з номерами телефонів усіх контактних осіб. Заявники, яким вже виповнилося 13 років, також мають підписати заяву.
- Якщо назначено офіційного представника, слід додати копії документів про опікунство або інші судові документи, які підтверджують його повноваження.

Інформація щодо заявника Заявник то є особа, якої стосується запит про права на пільги DDA.

Ім'я заявника: Укажіть офіційне ім'я заявника. Не вказуйте прізвища.

Дата народження: Укажіть місяць, число та рік народження заявника.

Стать: Виберіть відповідь, яка характеризує стать заявника, або вкажіть «Невідома / Не повідомляється», якщо заявник вважає за краще не відповідати на це питання.

Сімейний стан заявника: Зазначте поточний сімейний стан заявника.

Комунікація: Зазначте методи комунікації заявника.

Якщо заявнику потрібен перекладач або переклад документації на іншу мову, відмітьте поле поруч із позначкою «Так».

Зазначте, чи може заявник говорити, розуміти англійську мову, та чи обмежені його навички.

Зазначте основну мову усного та письмового спілкування або спосіб комунікації заявника, приміром американська мова жестів (American Sign Language, ASL), інша мова жестів, шрифт Брайля, або чи користується заявник телефоном із текстовим набором або іншими комунікаційними пристроями.

Членство у племені: Зазначте, чи є заявник членом будь-якого племені. Якщо ні, зазначте «Не стосується»

Номер соціального забезпечення: Зазначте номер за системою соціального забезпечення заявника, якщо такий номер у нього є.

Освіта: Зазначте найвищий рівень освіти, що його досягнуто заявником.

Коди етнічного походження: Дайте відповіді, які найкращим чином відповідають етнічному походженню заявника. **Латиноамериканець(-ка):** Якщо заявник належить до латиноамериканської расової групи, виберіть «Так».

Medicare: Якщо заявника застраховано за програмою Medicare, виберіть «Так». Зазначте тип Medicare: A, B, C, D.

Інші види страхування: Якщо застосовно, вкажіть назви інших планів страхування (державних або приватних), у яких зареєстровано заявника.

Звичайні умови проживання заявника: Відмітьте поле поруч з відповіддю, яка найкращим чином описує поточні житлові умови/ситуацію із житлом заявника.

Контактна інформація: Зазначте поточну адресу мешкання, поштову адресу та номер(и) телефону заявника.

Шкільні округи: Зазначте шкільний округ, у якому заявник відвідує учбовий заклад – зазначте номер телефону для кожного округу. Якщо ви хотіли би, щоб ми запитали документацію, слід перелічити назви шкільних округів у Згоді.

Причини подання заяви: Зазначте причини подання заяви, а також перелічите послуги, в отриманні яких зацікавлені заявник та родина заявника.

Тип інвалідності внаслідок вад розвитку: Зазначте один або декілька діагнозів, яких було поставлено заявникові, та вік, у якому відповідні розлади було діагностовано вперше. Якщо потрібно, зазначте детальну інформацію на додаткових аркушах.

Заяви щодо інвалідності: Зазначте, чи подавав заявник заяву про визначення в нього інвалідності минулого року. Такою заявою може бути заява про соціальної допомоги у зв'язку з інвалідністю (Social Security Disability Benefits), про отримання додаткового доходу (Supplemental Security Income) або про медичну допомогу поза грантами DSHS (DSHS Non-Grant Medical Assistance). Ця інформація допоможе нам знайти відповідні документи/дописи.

Інформація про представника: Зазначте ім'я та контактну інформацію особи, яка зможе зв'язатися із заявником, якщо ми не в змозі з ним зв'язатися. **Основна мова:** Зазначте мову, та вкажіть, чи потрібними є послуги усного або письмового перекладача.

Тип відносин / роль: Зазначте, звідки представник знає заявника або які має відносини з заявником.

Офіційний представник: Зазначте офіційні стосунки, якщо такі мають місце. Офіційним представником є батько/мати дитини, якій ще не виповнилося вісімнадцять років, який/яка вповноважений(-а) приймати рішення від імені дитини; офіційний опікун особи; опікун особи з обмеженими повноваженнями, який має право приймати рішення щодо лікування / медичного догляду заявника від імені останнього; повірений у суді адвокат особи; представник особи, що діє за дорученням (доручення на виконання адвокатських/представницьких функцій із правом приймати рішення про медичне обслуговування / догляд); або інша особа, що, за законом, має право діяти від імені відповідної особи. Документи, які свідчать про формальні відносини, мають бути додані до заяви.

Підпис заявника та/або законного представника якщо заявнику не виповнилося 18 років, його батько/мати або законний представник повинні підписати та датувати заяву. Якщо заявникові 18 або більше років, підписувати та датувати заяву можуть як сам заявник, так і його законний представник.

Поверніть заяву та запросіть про прикріплення до відповідного відділення, яке зазначене нижче.

Відділення регіону 1 (округи, що обслуговуються: Адамс, Асотин, Бентон, Чилан, Колумбія, Дуглас, Фері, Франклін, Гарфілд, Грант, Кітатас, Клікитет, Лінкольн, Оканоган, Панд-Орей, Спокан, Стівенс, Уала-Уала, Уйтмен, Якіма)

1611 W INDIANA AVE
SPOKANE WA 99205-4221

Безкоштовний телефон: 1-800-462-0624

Відділення регіону 2 (округи, що обслуговуються: Айленд, Кінг, Сан-Хуан, Скаджит, Снохоміш, Уотком)

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

Безкоштовний телефон: 1-800-788-2053

Відділення регіону 3 (округи, що обслуговуються: Клалем, Кларк, Кауліц, Грейс-Харбор, Джеферсон, Кітсеп, Л'юїс, Мейсон, Пасіфік, Пірс, Скаманія, Терстон, Уакіакум)

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903

Безкоштовний телефон: 1-800-248-0949

Щоб отримати додаткову інформацію про права на пільги DDA, відвідайте: <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.