

DDA اہلیت کے تعین کے لیے درخواست
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY
(صرف دفتری استعمال کے لیے)

Initial Reapplication
DDA NUMBER:

درخواست دہندہ کی معلومات			
پہلا نام	درمیانہ نام	آخری نام	تاریخ پیدائش
جنس <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نامعلوم / غیر اطلاع شدہ	ازدواجی حیثیت <input type="checkbox"/> کبھی شادی نہیں کی <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ <input type="checkbox"/> شادی شدہ <input type="checkbox"/> علیحدگی شدہ <input type="checkbox"/> غیر شادی شدہ شریک حیات <input type="checkbox"/> بیوہ	درخواست دہندہ کی ابلاغی ضروریات ترجمان کی ضرورت: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں دستاویزات کا ترجمہ: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں بنیادی تحریری زبان: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	انگریزی بولتے ہیں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں انگریزی سمجھتے ہیں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں بنیادی بول چال کی زبان: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
نسلی کوڈز (تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں) <input type="checkbox"/> امریکہ یا الاسکا کے آبائی <input type="checkbox"/> ایشیائی	سیاہ فام یا افریقی امریکی <input type="checkbox"/> ہوائی یا دیگر کسی پیسیفک جزیرے کے آبائی	سفیید <input type="checkbox"/> سفید <input type="checkbox"/> دیگر اطلاع شدہ	بسیانوی <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
میڈیکل <input type="checkbox"/> ہاں؛ قسم: <input type="checkbox"/> نہیں دیگر بیمہ:	درخواست دہندہ کی رہائش کی عمومی صورتحال <input type="checkbox"/> بالغان کی لائسنس یافتہ سہولت گاہ <input type="checkbox"/> بچہ - رضاعی گھر <input type="checkbox"/> اصلاحی سہولت گاہ / جیل <input type="checkbox"/> نرسنگ کی سہولت گاہ	بے گھر <input type="checkbox"/> ہسپتال، طبی <input type="checkbox"/> ہسپتال، سائیکیاٹرک <input type="checkbox"/> دیگر، بیان کریں:	رشتے دار کا گھر <input type="checkbox"/> اپنا گھر <input type="checkbox"/> والدین کا گھر
گلی کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ
ڈاک کا پتہ (اگر مختلف ہو)	شہر	ریاست	زپ کوڈ
بنیادی فون نمبر () -	دیگر فون نمبر () -	سیل <input type="checkbox"/> گھر <input type="checkbox"/> کام <input type="checkbox"/> پیغام	ای میل پتہ
ان اسکول ڈسٹرکٹس کے نام اور تاریخیں لکھیں، جہاں پڑھا			
ہمیں بتائیں کہ آپ کیوں درخواست دے رہے ہیں			
پہلی مرتبہ مشاہدے پر بڑھوتری کی معذوری اور عمر پہلی مرتبہ تشخیص پر عمر: <input type="checkbox"/> آئزم <input type="checkbox"/> سیربیرل پیلسی <input type="checkbox"/> کروموسومل بیماری <input type="checkbox"/> بڑھوتری میں تاخیر	مرگی <input type="checkbox"/> ذہنی معذوری <input type="checkbox"/> اعصابی بیماری	معذوری کی اہلیت کی خدمت کی درخواست کیا درخواست دہندہ نے پچھلے سال کے دوران سوشل سیکورٹی ڈس ایبلٹی بینیفٹس، سپلیمنٹل سیکورٹی انکم یا DSHS نان گرانٹ میڈیکل اسٹنس کے لیے درخواست دی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
نمائندے کی معلومات			
پہلا نام	درمیانہ نام	آخری نام	بنیادی زبان
ڈاک کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ
بنیادی فون نمبر () -	دیگر فون نمبر () -	سیل <input type="checkbox"/> گھر <input type="checkbox"/> کام <input type="checkbox"/> پیغام	ای میل پتہ
تعلق کی قسم / کردار	قانونی تعلق (دستاویزات منسلک کریں)		درخواست دہندہ کے ساتھ رہتے ہیں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
دوسرے پرورش کنندہ کا نام			
دستخط			
بالغ درخواست دہندہ کا دستخط		تاریخ	
والدین یا قانونی سرپرست کا دستخط		قانونی تعلق	

DDA اہلیت کے تعین کے لیے درخواست کی ہدایات

مطلوبہ منسلکہ جات کی فہرست اس درخواست کو مطلوبہ منسلکہ جات کے بغیر قبول نہیں کیا جا سکتا۔

تمام مکمل شدہ حصوں کے ساتھ دستخط شدہ درخواست

دستخط شدہ HIPAA فارم (پرائیویسی کے عمل درآمدوں کا نوٹس)

رازدارانہ معلومات کے تبادلے کی دستخط شدہ رضامندی – تمام رابطوں کے لیے فون نمبر شامل کریں۔ 13 سال یا زیادہ عمر والے درخواست دہندگان کو لازمی دستخط کرنا چاہیے۔

اگر کوئی قانونی نمائندہ ہو، تو سرپرستی کے کاغذات یا اختیار ظاہر کرنے والی دیگر عدالتی دستاویزات کی نقول فراہم کریں۔

درخواست دہندہ کی معلومات درخواست دہندہ وہ شخص ہے، جس کے لیے DDA کی اہلیت کی درخواست کی جا رہی ہوتی ہے۔

درخواست دہندہ کا نام: درخواست دہندہ کا قانونی نام درج کریں۔ عرفی نام نہ درج کریں۔

تاریخ پیدائش: درخواست دہندہ کی تاریخ پیدائش کا مہینہ، دن اور سال درج کریں۔

جنس: وہ جواب منتخب کریں، جو سب سے زیادہ قابل اطلاق ہو، یا اگر جواب دہندہ اس سوال کا جواب دینا پسند نہ کریں، تو نامعلوم / نااطلاع کردہ منتخب کریں۔

درخواست دہندہ کی ازدواجی حیثیت: درخواست دہندہ کی موجودہ ازدواجی حیثیت کی نشاندہی کریں۔

رابطہ: درخواست دہندہ کے رابطے کے طریقوں کی نشاندہی کریں۔

اگر درخواست دہندہ کو تحریری مواصلات کے لیے ترجمان یا ترجمے کی ضرورت ہے، تو ہاں والے خانے پر نشان لگائیں۔

نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ انگریزی بول یا سمجھ سکتے ہیں یا انگریزی میں محدود مہارت رکھتے ہیں۔

درخواست دہندہ کی بنیادی بول چال کی اور تحریری زبان یا رابطے کا طریقہ لکھیں، بشمول امیریکن سائین لینگویج (ASL) یا اشاروں کی دگر زبان، بریلی یا آیا درخواست دہندہ TDD یا رابطے کی دیگر کوئی ڈیوائس استعمال کرتا ہو۔

قبیلے کا اندراج: درخواست دہندہ کا قبیلے کا اندراج، اگر کوئی ہو تو، لکھیں۔ بصورت دیگر "N/A" لکھ دیں۔

سوشل سیکورٹی نمبر: اگر درخواست دہندہ کا سوشل سیکورٹی نمبر موجود ہو، تو وہ لکھیں۔

تعلیم: درخواست دہندہ کی جانب سے حاصل کردہ اعلیٰ ترین تعلیمی درجہ یا قسم لکھیں۔

نسلی کوڈز: درخواست دہندہ کے نسلی پس منظر کی بہترین وضاحت کرنے والے جواب کی نشاندہی کریں۔ ہسپانوی: اگر درخواست دہندہ ہسپانوی ہو، تو ہاں کا جواب دیں۔

میڈیکینر: اگر درخواست دہندہ کو میڈیکینر موصول ہوتی ہو، تو ہاں کا جواب دیں۔ میڈیکینر کی اقسام لکھیں: A, B, C, D۔

دیگر بیمہ: اگر قابل اطلاق ہو، تو طبی بیمہ کے کسی دیگر منصوبہ (سرکاری یا نجی) کا نام لکھیں۔

درخواست دہندہ کی رہائش کی عمومی صورتحال: درخواست دہندہ کی رہائش کی موجودہ صورتحال کی بہترین وضاحت کرنے والے خانے پر نشان لگائیں۔

رابطہ معلومات: درخواست دہندہ کا موجودہ رہائشی پتہ، ڈاک کا پتہ اور فون نمبر لکھیں۔

اسکول ڈسٹرکٹس: ان اسکول ڈسٹرکٹس کے نام لکھیں، جہاں درخواست دہندہ نے پڑھا – ہر ڈسٹرکٹ کا فون نمبر شامل کریں۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم ریکارڈز کی درخواست خود کریں، تو ان اسکول ڈسٹرکٹس کو رضامندی میں بھی شامل ہونا چاہیے۔

درخواست کی وجہ: درخواست دہندہ کی وجوہات لکھیں اور وہ خدمات بیان کریں، جو درخواست دہندہ یا درخواست دہندہ کا خاندان حاصل کرنے میں دلچسپی رکھتا ہے۔

نشوونماتی معذوری: درخواست دہندہ میں تشخیص شدہ ایک یا زیادہ بیماریوں اور پہلی مرتبہ تشخیص کی عمر کی نشاندہی کریں۔ ہمیں مزید بتانے کے لیے ایک اور صفحہ استعمال کرنے میں ججھک محسوس نہ کریں۔

معذوری کی درخواستیں: نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ نے پچھلے سال کے دوران معذوری کے تعین کے لیے درخواست دی ہے۔ یہ سوشل سیکورٹی، سپلیمنٹل سیکورٹی انکم یا نان گرانٹ میڈیکل اسٹنٹس کے لیے ہو سکتا ہے۔ یہ معلومات ہمیں ریکارڈز کو تلاش کرنے میں مدد دے سکتی ہے۔

نمائندے کی معلومات: کسی ایسے شخص کا نام اور رابطہ معلومات، جو درخواست دہندہ کے ساتھ رابطہ کرنے کے قابل ہو یا اگر ہم درخواست دہندہ سے رابطہ کرنے کے قابل نہ ہوں، تو ہمیں رابطہ معلومات فراہم کر سکے۔ بنیادی زبان: زبان بیان کریں اور نشاندہی کریں کہ آیا ترجمانی/ترجمے کی ضرورت ہے۔

تعلق کی قسم / کردار: لکھیں کہ نمائندہ درخواست دہندہ کو کیسے جانتا ہے یا کیا تعلق ہے۔

قانونی نمائندہ: اگر کوئی قانونی تعلق موجود ہو، تو بیان کریں۔ ایک قانونی نمائندہ اٹھارہ سال سے کم عمر بچے کا والد/والدہ، جسے قانونی فیصلوں کا اختیار ہو؛ کسی شخص کا قانونی سرپرست؛ کسی شخص کا محدود سرپرست، جس کے پاس نگہداشت صحت کے فیصلوں کے حوالے سے محدود اختیار ہو؛ کسی شخص کا قانونی وکیل؛ کسی شخص کا حقیقی وکیل (وکالت کے اختیار والا کوئی ایسا شخص، جسے نگہداشت صحت کے فیصلے کرنے کا اختیار دیا گیا ہو)؛ یا دیگر کوئی ایسا شخص ہو سکتا ہے، جسے قانون کی جانب سے مذکورہ شخص کی جانب سے عمل کرنے کے اختیار ہو۔ قانونی تعلق کی دستاویزات درخواست کے ساتھ شامل کی جانی چاہیں۔

درخواست دہندہ اور/یا قانونی نمائندے کا دستخط: اگر درخواست دہندہ کی عمر 18 سال سے کم ہو، تو اس کے والدین یا قانونی سرپرست کو درخواست پر دستخط کرنے اور تاریخ ڈالنی چاہیے۔ اگر درخواست دہندہ کی عمر 18 سال یا زیادہ ہو، تو درخواست دہندہ یا اس کے قانونی نمائندے کو درخواست پر دستخط کرنے اور تاریخ ڈالنی چاہیے۔

درخواست اور مطلوبہ منسلکہ جات کو ذیل میں موجود متعلقہ دفتر کو واپس کریں۔

ریجن 1 بیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: اٹلینڈ، کنگ، سان جُوآن، سکاگٹ، سنوبوش، وٹکام) اوریلی، سپوکین، سٹیونز، والا والا، وٹ مین، یاکیما)

1611 W INDIANA AVE

SPOKANE WA 99205-4221

ٹول فری: 1-800-462-0624

ریجن 2 بیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: اٹلینڈ، کنگ، سان جُوآن، سکاگٹ، سنوبوش، وٹکام)

20311 52ND AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

ٹول فری: 1-800-788-2053

ریجن 3 بیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: کلیم، کلارک، کاؤلٹز، گریز باربر، جیفرسن، کٹسپ، لیوس، میسن، پیسیفک، پیئرس، سکامینیا، تھرسٹن، واکیاکم)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

ٹول فری: 1-800-248-0949

DDA کی اہلیت کے متعلق مزید معلومات کے لیے <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> پر جائیں۔