FOR OFFICE USE ONLY
☐ Initial ☐ Reapplication
DDA NUMBER:

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

DDA اہلیت کے تعین کے لیے درخواست

Request for DDA Eligibility Determination

Washington State Department of Social & Health Services — Transforming lives

درخواست دہندہ کی معلومات

پہلا نام	درمیانہ نام	آخری نام	تاریخ پیدائش

جنس	ازدواجی حیثیت	درخواست دہندہ کی ابلاغی ضروریات	
☐ عورت ☐ مرد ☐ نامعلوم / غیر اطلاع شدہ	☐ کبھی شادی نہیں کی ☐ طلاق یافتہ ☐ شادی شدہ ☐ علیحدگی شدہ ☐ غیر شادی شدہ شریک حیات ☐ بیوہ	ترجمان کی ضرورت: ☐ ہاں ☐ نہیں دستاویزات کا ترجمہ: ☐ ہاں ☐ نہیں بنیادی تحریری زبان:	انگریزی بولتے ہیں: ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ محدود انگریزی سمجھتے ہیں: ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ محدود بنیادی بول چال کی زبان:

قبیلے کا اندراج

سوشل سیکورٹی نمبر

اعلی ترین تعلیمی درجہ یا قسم

نسلی کوڈز (تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)			ہسپانوی
☐ امریکہ یا الاسکا کے آبائی ☐ ایشیائی	☐ سیاہ فام یا افریقی امریکی ☐ ہوائی یا دیگر کسی پیسیفک جزیرے کے آبائی	☐ سفید ☐ آغیر اطلاع شدہ	☐ ہاں ☐ نہیں

میڈیکیئر	درخواست دہندہ کی رہائش کی عمومی صورتحال		
☐ ہاں؛ قسم: ☐ نہیں دیگر بیمہ:	☐ بالغان کی لائسنس یافتہ سہولت گاہ ☐ بچہ – رضاعی گھر ☐ اصلاحی سہولت گاہ / جیل ☐ نرسنگ کی سہولت گاہ	☐ بےگھر ☐ ہسپتال، طبی ☐ ہسپتال، سائیکیٹرک ☐ دیگر، بیان کریں:	☐ رشتے دار کا گھر ☐ اپنا گھر ☐ والدین کا گھر

گلی کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ	رہائش کی کاؤنٹی

ڈاک کا پتہ (اگر مختلف ہو)	شہر	ریاست	زپ کوڈ	واشنگٹن فوج کے ریکارڈ میں گھر ہے
				☐ ہاں ☐ نہیں

بنیادی فون نمبر	دیگر فون نمبر	ای میل پتہ
( ) - ☐ سیل ☐ گھر ☐ کام ☐ پیغام	( ) - ☐ سیل ☐ گھر ☐ کام ☐ پیغام	

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 کی معذوری اور عمر	معذوری کی اہلیت کی خدمت کی درخواست
پہلی مرتبہ تشخیص پر عمر: ☐ آٹزم ☐ مرگی ☐ سیریبرل پیلسی ☐ ذہنی معذوری ☐ کروموسومل بیماری ☐ اعصابی بیماری ☐ بڑھوتری میں تاخیر	کیا درخواست دہندہ نے پچھلے سال کے دوران سوشل سیکورٹی ڈس ایبلٹی بینیفٹس، سپلیمنٹل سیکورٹی انکم یا DSHS نان گرانٹ میڈیکل اسسٹنس کے لیے درخواست دی ہے؟ ☐ ہاں ☐ نہیں

نمائندے کی معلومات

پہلا نام	درمیانہ نام	آخری نام	بنیادی زبان
			ترجمان: ☐ ہاں ☐ نہیں ترجمہ: ☐ ہاں ☐ نہیں

ڈاک کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ

بنیادی فون نمبر	دیگر فون نمبر	ای میل پتہ
( ) - ☐ سیل ☐ گھر ☐ کام ☐ پیغام	( ) - ☐ سیل ☐ گھر ☐ کام ☐ پیغام	

تعلق کی قسم / کردار	قانونی تعلق (دستاویزات منسلک کریں)	درخواست دہندہ کے ساتھ رہتے ہیں
		☐ ہاں ☐ نہیں

دوسرے نمائندہ کا نام / کردار / ای میل

دوسرے نمائندہ کا نام / کردار / ای میل

دستخط

بالغ درخواست دہندہ کے دستخط	تاریخ

والدین یا قانونی سرپرست کے دستخط	تاریخ	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)
- ☐ ازدارانہ 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 دستایزات 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 لینگوئج (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 اعلی 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۔

میڈیکیئر: اگر درخواست دہندہ کو میڈیکیئر موصول ہوتی ہو، تو ہاں کا جواب دیں۔میڈیکیئر 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 دینے 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 جھجک 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 اسسٹنس 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 کرنے کا 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۔

<u>درخواست اور مطلوبہ منسلکہ جات کو ذیل میں موجود متعلقہ دفتر کو واپس کریں۔</u>

ریجن 1 ہیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: ایڈمز، ایسوٹن، بینٹن، چیلن، کولمبیا، ڈوگلاس، فیری، فرینکلن، گارفیلڈ، گرانٹ، کٹیٹاس، کلکیٹیٹ، لنکن، اوناکوگان، پینڈ اوریلی، سپوکین، سٹیونز، والا والا، وہٹ مین، یاکیمہ)

1611 W INDIANA AVE
SPOKANE WA 99205-4221
ٹول فری: 1-800-462-0624

ریجن 2 ہیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: آئیلینڈ، کنگ، سان جُوان، سکاگٹ، سنوہومش، وٹکام)

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
ٹول فری: 1-800-788-2053

ریجن 3 ہیڈ کوارٹرز (خدمات حاصل کرنے والی کاؤنٹیز: کلیلیم، کلارک، کاؤلٹز، گریز ہاربر، جیفرسن، کٹسیپ، لیوس، میسن، پیسیفک، پیئرس، سکامینیا، تھرسٹن، واہکیاکم)

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۔