

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  
**Yêu Cầu Xác Định Việc Hội Đủ Điều Kiện DDA**  
Request for DDA Eligibility Determination

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication  
DDA NUMBER:

Thông Tin Người Nộp Đơn				
TÊN		TÊN LỚT	HỌ	NGÀY SINH
GIỚI TÍNH <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Không biết / Không báo cáo	TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN <input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Hôn <input type="checkbox"/> Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Bạn Tình Chưa Kết Hôn <input type="checkbox"/> Góa Bụa		NHU CẦU GIAO TIẾP CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN Yêu Cầu Phiên Dịch Viên: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Dịch Các Chứng Từ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngôn ngữ viết chính:	
			Nói Tiếng Anh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Hạn Chế Hiểu Tiếng Anh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Hạn Chế Ngôn ngữ nói chính:	
			VIỆC ĐĂNG KÝ BỘ LẠC SỐ AN SINH XÃ HỘI TRÌNH ĐỘ HOẶC HÌNH THỨC HỌC VẤN CAO NHẤT	
MÃ SẮC TỘC (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ MỤC THÍCH HỢP): <input type="checkbox"/> Mỹ hoặc Bản Xứ Alaska Native <input type="checkbox"/> Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi <input type="checkbox"/> Da Trắng <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii / Dân Đảo Thái Bình Dương Khác <input type="checkbox"/> Không báo cáo				TÂY BAN NHA/BỘ ĐÀO NHA <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
MEDICARE <input type="checkbox"/> Có; loại: <input type="checkbox"/> Không Bảo hiểm khác:		TÌNH TRẠNG NHÀ Ở THÔNG THƯỜNG CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN <input type="checkbox"/> Cơ Sở Dành Cho Người Lớn Có Phép <input type="checkbox"/> Vô Gia Cư <input type="checkbox"/> Nhà thân nhân <input type="checkbox"/> Nhà nuôi dưỡng – trẻ em <input type="checkbox"/> Bệnh viện, khu nội <input type="checkbox"/> Nhà Riêng <input type="checkbox"/> Cơ Sở Cải Huấn / Nhà Tù <input type="checkbox"/> Bệnh viện, tâm thần <input type="checkbox"/> Nhà Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Cơ Sở Điều Dưỡng <input type="checkbox"/> Nơi Khác, mô tả:		
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
ĐỊA CHỈ GỒI THƯ (NẾU KHÁC)		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH ( ) - <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ <input type="checkbox"/> NƠI LÀM VIỆC <input type="checkbox"/> TIN NHÂN		SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC ( ) - <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ <input type="checkbox"/> NƠI LÀM VIỆC <input type="checkbox"/> TIN NHÂN		ĐỊA CHỈ EMAIL
LIỆT KÊ KHU HỌC CHÁNH ĐÃ HỌC VÀ SỐ NGÀY				
NÓI CHO CHÚNG TÔI BIẾT LÝ DO VÌ SAO QUÝ VỊ NỘP ĐƠN XIN				
KHUYẾT TẬT ĐANG TIẾN TRIỂN VÀ NGƯỜI CAO TUỔI ĐƯỢC XEM XÉT TRƯỚC TIÊN Tuổi được chẩn đoán trước tiên: <input type="checkbox"/> Chứng Tự Kỳ <input type="checkbox"/> Chứng Động Kinh <input type="checkbox"/> Chứng Bại Não <input type="checkbox"/> Thiếu Năng Trí Tuệ <input type="checkbox"/> Bệnh Nhiễm Sắc Thể <input type="checkbox"/> Bệnh Thần Kinh <input type="checkbox"/> Chậm Phát Triển			ĐƠN XIN HƯỞNG DỊCH VỤ XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT Người nộp đơn đã có nộp đơn xin hưởng Các Phúc Lợi An Sinh Xã Hội Dành Cho Người Khuyết Tật, Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh, hoặc Trợ Cấp Y Tế - Không Nhận Trợ Cấp Khác của DSHS trong năm vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Thông Tin Về Đại Diện				
TÊN		TÊN LỚT	HỌ	NGÔN NGỮ CHÍNH
ĐỊA CHỈ GỒI THƯ		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ VÙNG
SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH ( ) - <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ <input type="checkbox"/> NƠI LÀM VIỆC <input type="checkbox"/> TIN NHÂN		SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC ( ) - <input type="checkbox"/> DI ĐỘNG <input type="checkbox"/> NHÀ <input type="checkbox"/> NƠI LÀM VIỆC <input type="checkbox"/> TIN NHÂN		ĐỊA CHỈ EMAIL
LOẠI / VAI TRÒ QUAN HỆ		MỐI QUAN HỆ HỢP PHÁP (ĐÍNH KÈM CÁC CHỨNG TỪ)		SỐNG VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN / VAI TRÒ / EMAIL KHÁC				
TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN / VAI TRÒ / EMAIL KHÁC				
(Các) Chữ Ký				
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN ĐÃ TRƯỞNG THÀNH				NGÀY
CHỮ KÝ CỦA PHỤ HUYNH HOẶC ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP		NGÀY	MỐI QUAN HỆ HỢP PHÁP	

## Hướng Dẫn Về Yêu Cầu Xác Định Việc Hội Đủ Điều Kiện DDA

**Liệt Kê Các Giấy Tờ Đính Kèm Theo Yêu Cầu** Đơn xin này không thể được chấp nhận mà không có các giấy tờ đính kèm theo yêu cầu.

- Đơn Xin Có Ký Tên với tất cả các phần đã hoàn tất.
- Mẫu đơn HIPAA có ký tên (Thông Báo về Chính Sách Quyền Riêng Tư).
- Giấy Đồng Ý Trao Đổi Thông Tin Mật có ký tên – bao gồm địa chỉ và số điện thoại của tất cả người liên hệ. Những người nộp đơn từ 13 tuổi trở lên phải ký tên.
- Nếu có một đại diện hợp pháp, các bản sao về giấy tờ về quyền giám hộ hoặc các chứng từ tòa án khác chứng minh thẩm quyền.

**Thông Tin Người Nộp Đơn** Người nộp đơn là người đang yêu cầu xác định Việc Hội Đủ Điều Kiện DDA.

**Tên Người Nộp Đơn:** Ghi tên hợp pháp của người nộp đơn. Không ghi các biệt danh.

**Ngày Sinh:** Ghi ngày sinh của người nộp đơn theo tháng, ngày và năm.

**Giới Tính:** Chọn câu trả lời phù hợp nhất hoặc không biết/không báo cáo nếu người nộp đơn không thích trả lời câu hỏi này.

**Tình Trạng Hôn Nhân Của Người Nộp Đơn:** Cho biết tình trạng hôn nhân hiện tại của người nộp đơn.

**Giao Tiếp:** Cho biết (các) hình thức giao tiếp của người nộp đơn.

Nếu người nộp đơn yêu cầu một phiên dịch viên hoặc dịch thư từ liên lạc bằng văn bản thì đánh dấu vào ô CÓ.

Cho biết xem người nộp đơn có nói, hiểu được hoặc có hạn chế về Tiếng Anh hay không.

Ghi ngôn ngữ nói và viết hoặc phương pháp giao tiếp chính của người nộp đơn, bao gồm Ngôn Ngữ Cử Chỉ Mỹ (ASL) hoặc ngôn ngữ cử chỉ khác, chữ Braille, hoặc nếu người nộp đơn sử dụng một thiết bị TDD hoặc thiết bị giao tiếp khác.

**Việc Đăng Ký Bộ Lạc:** Ghi việc đăng ký bộ lạc của người nộp đơn, nếu có. Mặt khác, ghi "N/A."

**Số An Sinh Xã Hội:** Ghi Số An Sinh Xã Hội của người nộp đơn, nếu số này tồn tại.

**Học Vấn:** Ghi trình độ hoặc hình thức học vấn cao nhất đã học của người nộp đơn.

**Mã Sắc Tộc:** Cho biết (các) câu trả lời mô tả đúng nhất về sắc tộc của người nộp đơn. **Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha:** Nếu người nộp đơn là Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha thì đánh dấu vào ô CÓ.

**Medicare:** Nếu người nộp đơn nhận Medicare thì đánh dấu vào ô CÓ. Ghi (các) loại Medicare: A, B, C, D.

**Bảo Hiểm Khác:** Ghi tên bất kỳ chương trình bảo hiểm nào khác (chính phủ hoặc tư nhân), nếu có.

**Tình Trạng Nhà Ở Thông Thường Của Người Nộp Đơn:** Đánh dấu vào ô trả lời đúng nhất về việc sắp xếp nhà ở hiện tại của người nộp đơn.

**Thông Tin Liên Hệ:** Ghi địa chỉ cư trú, địa chỉ gửi thư và (các) số điện thoại hiện tại của người nộp đơn.

**Khu Học Chánh:** Ghi các khu học chánh đã học của người nộp đơn – bao gồm một số điện thoại của mỗi khu học chánh. Nếu quý vị muốn chúng tôi yêu cầu dữ liệu thì các khu học chánh cũng phải được liệt kê trong giấy Đồng Ý.

**Lý do nộp đơn xin:** Ghi (các) lý do nộp đơn xin và liệt kê các dịch vụ mà người nộp đơn hoặc gia đình người nộp đơn quan tâm đến.

**Khuyết Tật Đang Tiến Triển:** Cho biết một hoặc nhiều chẩn đoán của người nộp đơn và tuổi người nộp đơn khi họ đã được chẩn đoán trước tiên. Xin dùng một tờ giấy khác để nói thêm cho chúng tôi biết.

**Đơn Xin Xác Định Tình Trạng Khuyết Tật:** Cho biết xem người nộp đơn xin đã có nộp đơn xin xác định tình trạng khuyết tật trong năm vừa qua hay không. Đơn này có thể xin hưởng An Sinh Xã Hội, Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh hoặc Trợ Cấp Y Tế - Không Nhận Trợ Cấp Khác. Thông tin này có thể trợ giúp chúng tôi xác định các hồ sơ.

**Thông Tin Về Đại Diện:** Tên và thông tin liên hệ của người nào đó sẽ có thể liên hệ với người nộp đơn hoặc cung cấp cho chúng tôi thông tin liên hệ nếu chúng tôi không thể liên hệ được với người nộp đơn. **Ngôn Ngữ Chính:** Liệt kê ngôn ngữ và cho biết nếu cần phiên dịch/bản dịch.

**Loại/Vai Trò Quan Hệ:** Ghi cách thức người đại diện biết hoặc có liên quan đến người nộp đơn.

**Đại Diện Hợp Pháp:** Ghi mối quan hệ hợp pháp nếu tồn tại. Một Đại Diện Hợp Pháp là cha/mẹ của một trẻ dưới mười tám tuổi có quyền đưa ra quyết định hợp pháp; người giám hộ hợp pháp của một người; người giám hộ hữu hạn của một người khi người giám hộ hữu hạn có quyền ra các quyết định chăm sóc sức khỏe; luật sư của một người tại tòa; luật sư của một người trên thực tế (người nào đó có quyền ủy nhiệm đã được phép ra các quyết định chăm sóc sức khỏe); hoặc bất kỳ người nào khác được ủy quyền theo luật pháp để đại diện cho người đang được nói đến. Chứng từ về mối quan hệ hợp pháp phải được bao gồm với đơn xin.

**Chữ Ký Của Đương Đơn và/hoặc Đại Diện Hợp Pháp** Nếu người nộp đơn dưới 18 tuổi, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của họ phải ký tên và đề ngày trên đơn xin. Nếu người nộp đơn từ 18 tuổi trở lên, hoặc người nộp đơn hoặc đại diện hợp pháp của họ phải ký tên và đề ngày trên đơn xin.

**Gửi lại đơn xin và các giấy tờ đính kèm theo yêu cầu đến văn phòng tương ứng dưới đây.**

**Trụ Sở Khu Vực 1 (Hạt phục vụ: 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

Đường Dây Gọi Miễn Phí: 1-800-462-0624

**Trụ Sở Khu Vực 2 (Hạt phục vụ: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)**

20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD WA 98036-3901

Đường Dây Gọi Miễn Phí: 1-800-788-2053

**Trụ Sở Khu Vực 3 (Hạt phục vụ: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)**

1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903

Đường Dây Gọi Miễn Phí: 1-800-248-0949

Để biết thêm thông tin về Việc Hội Đủ Điều Kiện DDA, hãy đến <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.