

Заявка на участие в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), осуществляемой Администрацией DDA или Заявка на переход из одной альтернативной программы услуг на дому и по месту жительства (HSBC Waiver), реализуемой Администрацией DDA, в другую
Request for Enrollment in DDA HCBS Waiver
or Request to Change from One DDA HCBS Waiver to Another

Инструкции: Настоящая форма может использоваться для запроса участия в альтернативной программе услуг на дому и по месту жительства (HCBS) Администрации DDA.

Вы можете приложить к форме подтверждающую документацию. Заполненную форму необходимо вернуть в Администрацию DDA. Администрация DDA ответит на вашу заявку в письменном виде.

Если вам нужна помощь с заполнением этого бланка, вы можете обратиться к сотруднику, ведущему ваше дело, или позвонить в организацию по защите прав инвалидов, "Disability Rights Washington", по телефону (800) 562-2702, или (800) 905-0209 (линия ТТУ), или (206) 324-1521, или (206) 957-0728 (линия ТТУ).

Если вы хотели бы получить дополнительную информацию об услугах, предоставляемых в рамках пяти альтернативных программ HCBS Waivers, вы можете посетить интернет-сайт, указанный ниже, и ознакомиться с **Информационным листком по альтернативным программам (Waiver Plan Fact Sheet)** и **Брошурой о программах HCBS Waiver (DDA HCBS Waiver Brochure)** или связаться с вашим региональным офисом и запросить эти документы в печатном виде.

<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/home-and-community-based-waivers-hcbs>

| | | | |
|--|--|---------------|-----------------|
| МОИ ФАМИЛИЯ И ИМЯ | | ДАТА РОЖДЕНИЯ | |
| НОМЕР КЛИЕНТА DDA (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН) | ИМЯ И ФАМИЛИЯ МЕНЕДЖЕРА ПО УХОДУ (ЕСЛИ ТАКОВОЙ ИМЕЕТСЯ). | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА |
| МОЙ АДРЕС | ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| ФАМИЛИЯ/ИМЯ ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | | | НОМЕР ТЕЛЕФОНА |
| АДРЕС ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ | ГОРОД | ШТАТ | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| Я хочу стать участником альтернативной программы или сменить альтернативную программу по следующей причине: | | | |
| Мне необходимы следующие услуги: (в случае необходимости, приложите недостающие листы бумаги) | | | |
| Я прилагаю документы, подтверждающие мое заявление. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | | |
| Если вы ответили "Да", приложите документы к заявке. | | | |
| ПОДПИСЬ КЛИЕНТА | | | ДАТА |

Могу ли я подать заявление на участие в альтернативной программе HCBS Waiver?

Чтобы подать заявку на участие в альтернативной программе предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Waiver), посетите веб-сайт по адресу:

<https://www.dshs.wa.gov/dda/service-and-information-request>, чтобы заполнить и подать запрос о получении услуг и информации онлайн.

Для того чтобы подать заявку в устной форме, свяжитесь с вашим региональным офисом (контактная информация указана на последней странице бланка).

Как связаться с моим региональным отделением?

Чтобы обратиться в региональный офис, используйте следующую ссылку или приведенные ниже данные.

Контактная информация по регионам

<https://www.dshs.wa.gov/DDA/find-dda-office>

Главное бюро 1-го региона в северной части

1611 West Indiana Avenue
Spokane, WA 99205-4221
Телефон: (509) 329-2900
ФАКС: (509) 568-3037
Бесплатный телефон: 1-800-462-0624 (телетайп /
голосовая связь)
электронная почта: R1ServiceRequestA@dshs.wa.gov

Главное бюро 1-го региона в южной части

3700 Fruitvale Blvd., Suite 200
Yakima, WA 98902-1100
PO Box 12500
Yakima, WA 98909-1100
Телефон: (509) 225-4620
ФАКС: (509) 574-5607
Бесплатный телефон: 1-800-822-7840 (телетайп /
голосовая связь)
Адрес электронной почты:
R1ServiceRequestB@dshs.wa.gov

Главное бюро 2-го региона в северной части

840 North Broadway
Building B, Suite 540
Everett, WA 98201-1288
Телефон: (425) 740-6400
ФАКС: (425) 252-1363
Бесплатный телефон: 1-800-788-2053 (телетайп /
голосовая связь)
Адрес электронной
почты: R2ServiceRequestA@dshs.wa.gov

Главное бюро 2-го региона в южной части

1700 East Cherry Street
Seattle, WA 98122
Телефон: (206) 568-5700
ФАКС: (206) 720-3334
Бесплатный телефон: 1-800-314-3296 (телетайп /
голосовая связь)
Адрес электронной почты:
R2ServiceRequestB@dshs.wa.gov

Главное бюро 3-го региона в северной части

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300
Tacoma, WA 98402
Телефон: (253) 404-5500
ФАКС: (253) 597-4368
Бесплатный телефон: 1-800-248-0949 (телетайп /
голосовая связь)
Адрес электронной почты:
R3ServiceRequestA@dshs.wa.gov

Главная контора 3-го региона в южной части

Point Plaza East, Bldg. 2, 3rd Floor
6860 Capitol Blvd. SE
PO Box 45315
Olympia, WA 98504-5315
Телефон: (360) 725-4250
ФАКС: (360) 586-6502
Бесплатный телефон: 1-800-339-8277 (телетайп /
голосовая связь)
Адрес электронной
почты: R3ServiceRequestB@dshs.wa.gov