

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Reapplication <input type="checkbox"/>	Initial <input type="checkbox"/>
:DDA NUMBER	

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  
**طلب تحديد الأهلية من إدارة إعاقات النمو (DDA)**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

معلومات مُقدّم الطلب			
الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد
النوع الاجتماعي <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير معروف / غير مبلّغ عنها	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مُطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> غير متزوج <input type="checkbox"/> أرمل	احتياجات التواصل مع مُقدّم الطلب يلزم وجود مترجم فوري: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ترجمة المستندات: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا لغة الكتابة الأساسية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يُتحدث اللغة الإنجليزية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا يفهم اللغة الإنجليزية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا لغة التحدث الأساسية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الرموز العرقية (حدد كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> أمريكي أصلي أو من ألaska <input type="checkbox"/> آسيوي	<input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو أفريقي أمريكي <input type="checkbox"/> أصلي من هاواي / غير ذلك من جزر المحيط الهادئ	<input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> غير مبلّغ عنه	إسباني أصلي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المساعدة الطبية <input type="checkbox"/> نعم؛ النوع: <input type="checkbox"/> لا تأمين آخر:	وضع الإقامة المعتادة لمُقدمي الطلبات <input type="checkbox"/> منشأة مرخصة للكبار <input type="checkbox"/> الطفل - بيت تربي فيه <input type="checkbox"/> مرفق الإصلاحية / السجن <input type="checkbox"/> مرفق التمريض	<input type="checkbox"/> بلا مأوى <input type="checkbox"/> المستشفى، طبي <input type="checkbox"/> المستشفى، نفسية <input type="checkbox"/> غير ذلك، اذكر وصفه:	<input type="checkbox"/> بيت أحد الأقارب <input type="checkbox"/> منزله الخاص <input type="checkbox"/> بيت الوالدين
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان المراسلة (إن اختلف) المدينة	الولاية	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف الرئيسي ( ) -	رقم الهاتف البديل ( ) -	المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> جهة العمل <input type="checkbox"/> الرسالة	عنوان البريد الإلكتروني
قائمة مناطق المدارس التي تم الانتظام فيها والتواريخ			
أخبرنا لماذا تقدم هذا الطلب			
إعاقة النمو والسن عندما لوحظت أول مرة السن عندما تم التشخيص أول مرة: <input type="checkbox"/> التوحد <input type="checkbox"/> الشلل الدماغي <input type="checkbox"/> حالة الكروموسومات <input type="checkbox"/> تأخر النمو	<input type="checkbox"/> الصرع <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية <input type="checkbox"/> الحالة العصبية	طلب الحصول على خدمة تحديد الإعاقة هل تقدم مُقدّم الطلب بطلبات للحصول على إعانات الضمان الاجتماعي للإعاقة، أو دخل الضمان الإضافي، أو المساعدة الطبية غير المخصصة للمنحة من الإدارة الاجتماعية والخدمات الصحية (DSHS) في العام الماضي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
معلومات الممثل			
الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللغة الأساسية
عنوان المراسلة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف الرئيسي ( ) -	رقم الهاتف البديل ( ) -	المحمول <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> جهة العمل <input type="checkbox"/> الرسالة	عنوان البريد الإلكتروني
نوع الصلة / الدور	العلاقة القانونية (إرفاق مستندات)		يُقيم مع مُقدّم الطلب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الممثل الآخر/الدور/البريد الإلكتروني			
اسم الممثل الآخر/الدور/البريد الإلكتروني			
التوقيع (التوقعات)			
توقيع مُقدّم الطلب البالغ			
التاريخ			
توقيع أحد الأبوين أو الممثل القانوني		التاريخ	الصلة القانونية

## تعليمات طلب تحديد الأهلية من إدارة إعاقات النمو (DDA)

قائمة بالمرفقات اللازمة لا يمكن قبول هذا الطلب بدون المرفقات اللازمة.

- الطلب الموقَّع بعد ملء وتعبئة كل الأجزاء.
- استمارة قانون إخضاع التأمين الصحي للنقل والمساعدة (HIPAA) موقَّعة (إخطار بممارسات الخصوصية).
- استمارة موقَّعة على تبادل المعلومات السرية – تتضمن أرقام الهواتف لكل جهات الاتصال. يجب التوقيع على المتقدمين البالغ عمرهم 13 سنة أو الأكبر سناً.
- إذا كان هناك ممثل قانوني، فيجب توفير نُسخ من أوراق الوصاية أو غيرها من وثائق المحكمة التي تبين السلطة.

معلومات مقدم الطلب هو الشخص الذي يجري طلب أهلية له من إدارة إعاقات النمو (DDA).

اسم مقدم الطلب: أدخل الاسم القانوني لمقدم الطلب. لا تكتب ألقاباً.

تاريخ الميلاد: أدخل شهر ويوم وسنة تاريخ ميلاد مقدم الطلب.

النوع: اختر الإجابة الأكثر ملاءمة للطلب أو اختر "غير معروف / غير مبلغ عنه" إذا كان مقدم الطلب يفضل عدم الإجابة عن هذا السؤال.

الحالة الاجتماعية لمقدم الطلب: حدد الحالة الاجتماعية الحالية لمقدم الطلب.

الاتصال: حدد طريقة (طرق) الاتصال بمقدم الطلب.

إذا كان مقدم الطلب يحتاج إلى مترجم فوري، فحدد المربع الذي بجوار كلمة "نعم".

حدد ما إذا كان مقدم الطلب يتحدث اللغة الإنجليزية أو يفهما فقط أو كان مستواه محدوداً فيها.

اكتب اللغة الرئيسية التي يتحدثها مقدم الطلب ويكتب بها أو طريقة التواصل معه، بما في ذلك لغة الإشارات الأمريكية (ASL) أو أي لغة إشارات أخرى، أو طريقة برايل للمكفوفين، أو إذا كان مقدم الطلب يستخدم جهاز TDD للصُّم أو أي جهاز تواصل آخر.

التسجيل القبائلي: اكتب التسجيل القبائلي الخاص بمقدم الطلب، إن وجد. وإلا، فاكتب "لا ينطبق".

رقم الضمان الاجتماعي: اكتب رقم الضمان الاجتماعي الخاص بمقدم الطلب، إن وجد.

التعليم: اكتب أعلى مستوى من التعليم الذي حصل عليه مقدم الطلب أو نوعه.

الرموز العرقية: حدد الإجابة (الإجابات) التي تصف بأفضل شكل ممكن الأصل العرقي لمقدم الطلب. من أصل إسباني: إذا كان مقدم الطلب من أصل إسباني، فحدد "نعم".

الرعاية الطبية من Medicare: إذا كان مقدم الطلب يتلقى رعاية طبية من Medicare، فحدد "نعم". اكتب نوع (أنواع) الرعاية الطبية من Medicare: A و B و C و D.

تأمين آخر: اذكر اسم أي خطة تأمين صحي أخرى (حكومية أو خاصة)، إن وجدت.

وضع الإقامة المعتادة لمقدم الطلب: حدد المربع الذي يصف ترتيب السكن الحالي لمقدم الطلب بأفضل وصف ممكن.

معلومات الاتصال: اكتب عنوان الإقامة الحالي لمقدم الطلب وعنوانه البريدي ورقم هاتفه (هواتفه).

مناطق المدارس: اكتب مناطق المدارس التي انتظم فيها مقدم الطلب - وتشمل رقم هاتف كل منطقة. إذا كنت تريدنا أن نطلب منهم بعض السجلات، فيجب كذلك إدراج مناطق المدارس في الموافقة.

سبب تقديم الطلب: اكتب سبب (أسباب) تقديم طلب الحصول على الخدمات، واسرد الخدمات التي يود مقدم الطلب أو أسرته الحصول عليها.

إعاقة النمو: تشير إلى تشخيص واحد أو أكثر لمقدم الطلب وكم كان عمره حين تم تشخيص هذه الإعاقة لديه واكتشافها أول مرة. لا تتردد في استخدام ورقة أخرى لتخبرنا المزيد من المعلومات.

طلبات الإعاقة: حدد ما إذا كان مقدم الطلب قد تقدم سابقاً بطلب لتحديد الإعاقة في العام الماضي. ربما كان ذلك الطلب خاصاً بالضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي أو للمساعدة الطبية غير المخصصة للمنج. تساعدنا مثل هذه المعلومات في تحديد أماكن السجلات.

معلومات الممثل: معلومات اسم وجهة الاتصال الخاصة بالشخص الذي سيتمكن من الاتصال بمقدم الطلب أو إعطائنا معلومات الاتصال، إذا عجزنا عن الوصول إلى مقدم الطلب. اللغة الأساسية: اذكر اللغة مع الإشارة إلى ما إذا كانت هناك حاجة إلى ترجمة شفوية/ترجمة تحريرية.

نوع الصلة/الدور: اكتب كيف تعرف الممثل على مقدم الطلب أو هل توجد صلة قرابة بينهما.

الممثل القانوني: اكتب العلاقة القانونية إن كانت هناك علاقة قانونية. الممثل القانوني يعني أحد الأبوين - لطفل تحت سن الثامنة عشرة - يتمتع بسلطة قانونية لاتخاذ القرار؛ الوصي القانوني لشخص ما؛ الوصي المحدود لشخص ما عندما يتولى الوصي المحدود قرارات الرعاية الصحية؛ محامي شخص ما أمام القانون؛ وكيل شخص ما (شخص يحمل تفويضه لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية)؛ أو أي شخص آخر مكلف بموجب القانون بالتصرف نيابة عن الشخص المشار إليه. يجب تضمين وثائق العلاقة القانونية مع الطلب.

توقيع مقدم الطلب و/أو الممثل القانوني إذا كان مقدم الطلب تحت سن الثامنة عشرة، يجب على والده أو والدها أو ممثله القانوني أو ممثله القانوني التوقيع على الطلب وتاريخه. إذا وصل مقدم الطلب إلى سن الثامنة عشرة أو أكثر، يجب على مقدم الطلب أو ممثله القانوني أو ممثله القانوني التوقيع على الطلب وتاريخه.

أعد الطلب والمرفقات اللازمة لمكتب المراسلات أدناه.

المنطقة 1 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: آدمز، وأسوتين، وبنتون، وشيلان، وكولومبيا، ودوجلاس، وفيري، وفرانكلن، وجارفيلد، وجرانت، وكينيتاس، وكليكاتات، ولينكن، وأوكانوجان، وبيند أوريي، وسبوكان، وستيفنز، ووالا والا، ووايتمان، وباكيمان)

1611 W INDIANA AVE

SPOKANE WA 99205-4221

خالي من الرسوم: 1-800-462-0624

المنطقة 2 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: أيلاند، وكينج، وسان خوان، وسكاجيت، وسنوهميش، وواتكوم)

20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

خالي من الرسوم: 1-800-788-2053

المنطقة 3 المقر الرئيسي (المقاطعات التي تحصل على الخدمة: كلالام، وكلاكرك، وكوليتز، وجرايز هاربور، وجيفيرسون، وكينساب، ولويس، وماسون، وباسيفيك، وبيرس، وسكامانيا، وثورستون، وواهيكاكوم)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

خالي من الرسوم: 1-800-248-0949

لمزيد من المعلومات حول أهلية DDA، انتقل إلى <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.