

Искане за определяне на допустимост за DDA

САМО ЗА СЛУЖБЕНА УПОТРЕБА

- Първоначално
 Повторно кандидатстване
НОМЕР НА DDA:

Информация за заявителя			
СОБСТВЕНО ИМЕ		ИНИЦИАЛНА БАЩИНО ИМЕ ФАМИЛИЯ	
ПОЛ <input type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> Мъжки <input type="checkbox"/> Небинарен <input type="checkbox"/> Предпочитам да не казвам <input type="checkbox"/> Непосочено / неизвестно		СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> Никога несклучвал(а) брак <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Женен/омъжена <input type="checkbox"/> Разделен(а) <input type="checkbox"/> С партньор без брак <input type="checkbox"/> Вдовец(ица)	
КОМУНИКАЦИОННИ НУЖДИ НА КАНДИДАТА Необходим ли е преводач: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Превод на документи: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Основен писмен език:		Говори английски: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Ограничено Разбира английски: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Ограничено Основен говорим език:	
ДАТА НА РАЖДАНЕ		УЧАСТИЕ В ПЛЕМЕ	
СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛЕН НОМЕР		НАЙ-ВИСОКО НИВО ИЛИ ВИД ОБРАЗОВАНИЕ	
ETНИЧЕСКИ КОДОВЕ (ОТБЕЛЕЖЕТЕ ВСИЧКИ ПРИЛОЖИМИ) <input type="checkbox"/> Коренен жител на Америка или Аляска <input type="checkbox"/> Чернокож(а) или афроамериканец(ка) <input type="checkbox"/> Бял(а) <input type="checkbox"/> Азиатец(ка) <input type="checkbox"/> Коренен жител на Хаваите / Друг тихоокеански остров <input type="checkbox"/> Непосочено		ЛАТИНОАМЕРИКАНСКИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
MEDICARE <input type="checkbox"/> Да; тип: <input type="checkbox"/> Не Друга застраховка:		ОБИЧАЙНО ЖИЛИЩНО ПОЛОЖЕНИЕ НА КАНДИДАТА <input type="checkbox"/> Заведение за възрастни с лиценз <input type="checkbox"/> Без дом <input type="checkbox"/> В дом на роднина <input type="checkbox"/> Дете – приеман дом <input type="checkbox"/> Болница, медицинско заведение <input type="checkbox"/> Собствен дом <input type="checkbox"/> Поправителен дом / затвор <input type="checkbox"/> Болница, психиатрична клиника <input type="checkbox"/> Дом на родител <input type="checkbox"/> Дом за стари хора <input type="checkbox"/> Друго, опишете:	
ТОЧЕН АДРЕС		ГРАД ЩАТ/ДЪРЖАВА ПОЩЕНСКИ КОД	
ОКРЪГ НА ПРЕБИВАВАНЕ		ПОЩЕНСКИ АДРЕС (АКО Е РАЗЛИЧЕН) ГРАД ЩАТ ПОЩЕНСКИ КОД	
WASHINGTON Е ЗАПИСАН ВОЕНЕН ДОМ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ		ОСНОВЕН ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР <input type="checkbox"/> МОБИЛЕН <input type="checkbox"/> ДОМАШЕН <input type="checkbox"/> СЛУЖЕБЕН <input type="checkbox"/> СЪОБЩЕНИЯ	
ДРУГ ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР () -		ИМЕЙЛ АДРЕС	
ИЗБРОЙТЕ ПОСЕЩАВАНИТЕ УЧИЛИЩНИ РАЙОНИ И ДАТИ			
КАЖЕТЕ НИ ЗАЩО КАНДИДАТСТВАТЕ			
УВРЕЖДАНЕ НА РАЗВИТИЕТО И ВЪЗРАСТ, НА КОЯТО Е НАБЛЮДАВАНО ЗА ПЪРВИ ПЪТ Възраст на първото диагностициране: <input type="checkbox"/> Аутизъм <input type="checkbox"/> Епилепсия <input type="checkbox"/> Церебрална парализа <input type="checkbox"/> Интелектуално увреждане <input type="checkbox"/> Хромозомно заболяване <input type="checkbox"/> Неврологично заболяване <input type="checkbox"/> Забавяне в развитието		ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УСЛУГА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА УВРЕЖДАНЯ Заявителят кандидатствал ли е през последната година за обезщетения за инвалидност по линия на социалното осигуряване, за Supplemental Security Income (допълнителен осигурителен доход) или за медицинска помощ без субсидия от DSHS? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Информация за представител			
СОБСТВЕНО ИМЕ		ИНИЦИАЛНА БАЩИНО ИМЕ ФАМИЛИЯ	
ОСНОВЕН ЕЗИК		Преводач: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Превод: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
ПОЩЕНСКИ АДРЕС		ГРАД ЩАТ ПОЩЕНСКИ КОД	
ОСНОВЕН ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР <input type="checkbox"/> МОБИЛЕН <input type="checkbox"/> ДОМАШЕН <input type="checkbox"/> СЛУЖЕБЕН <input type="checkbox"/> СЪОБЩЕНИЯ		ДРУГ ТЕЛЕФОНЕН НОМЕР () -	
ИМЕЙЛ АДРЕС		ИМЕЙЛ АДРЕС	
ВИД ВРЪЗКА / РОЛЯ		ПРАВНА ВРЪЗКА (ПРИЛОЖЕТЕ ДОКУМЕНТИ)	
ЖИВЕЕ С КАНДИДАТА <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не			
ИМЕ НА ДРУГ ПРЕДСТАВИТЕЛ / РОЛЯ / ИМЕЙЛ			
ИМЕ НА ДРУГ ПРЕДСТАВИТЕЛ / РОЛЯ / ИМЕЙЛ			
Подпис(и)			
ПОДПИС НА ПЪЛНОЛЕТНИЯ КАНДИДАТ		ДАТА	
ПОДПИС НА РОДИТЕЛ ИЛИ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ		ДАТА ПРАВНА ВРЪЗКА	

Инструкции за искане за определяне на допустимостта за DDA

Списък на задължителните приложения Това заявление не може да бъде прието без задължителните приложения.

- Подписано заявление с попълнени всички части.
- Подписан формуляр HIPAA (Уведомление за практиките за поверителност).
- Подписано съгласие за обмен на поверителна информация – включете телефонните номера на всички лица за контакт. Заявителите на възраст 13 или повече години трябва да се подпишат.
- Ако има законен представител – копия от документи за настойничество или други съдебни документи, доказващи правомощия.

Информация за заявителя Заявителят е лицето, за което се иска определяне на допустимост за DDA.

Име на заявителя: Въведете юридическото име на заявителя. Не въвеждайте прякори.

Дата на раждане: Въведете месеца, деня и годината на раждане на заявителя.

Пол: Изберете отговора, който е най-приложим, или неизвестно / непосочено, ако заявителят предпочита да не отговаря на този въпрос.

Семейно положение на заявителя: Посочете настоящото семейно положение на заявителя.

Комуникация: Посочете начина(ите) за комуникация със заявителя.

Ако заявителят се нуждае от устен преводач или превод на писмена кореспонденция, поставете отметка в квадратчето, за да посочите ДА.

Посочете дали заявителят говори, разбира или има ограничени познания по английски език.

Запишете основния говорим и писмен език или начин на комуникация на заявителя, включително на American Sign Language (американски жестомимичен език, ASL) или друг жестомимичен език, на Брайлова азбука, или ако заявителят използва TDD или друго комуникационно устройство.

Участие в племе: Впишете племенното участие на заявителя, ако има такова. В противен случай напишете „N/A“

Социалноосигурителен номер: Впишете номера на социалната осигуровка на заявителя, ако има такъв.

Образование: Впишете най-високата степен или вид образование, придобито от заявителя.

Етнически кодове: Посочете отговора(ите), който(ито) най-добре описва(т) етническата принадлежност на заявителя.

Латиноамерикански: ако заявителят е с латиноамерикански произход, посочете ДА.

Medicare: Ако заявителят получава Medicare, посочете ДА. Впишете вида(овете) Medicare: A, B, C, D.

Друга застраховка: Въведете името на друг здравноосигурителен план (държавен или частен), ако е приложимо.

Обичайно жилищно положение на заявителя: Поставете отметка в квадратчето, което най-добре описва настоящата жилищна ситуация на заявителя.

Информация за контакт: Впишете настоящия адрес на пребиваване на заявителя, пощенски адрес и телефонен(ни) номер(а).

Училищни райони: Впишете училищните райони, в които е учил заявителят, и посочете телефонен номер за всеки район. Ако искате да поискаме записи, в съгласието трябва да бъдат посочени и училищните райони.

Причина за кандидатстване: Напишете причината(ите) за кандидатстване и избройте услугите, от които се интересуват заявителят или семейството му.

Увреждане на развитието: Посочете една или повече диагнози за заявителя и възрастта на заявителя, когато е била поставена първата диагноза. Можете да използвате друг лист хартия, за да ни разкажете повече.

Заявления за увреждане: Посочете дали заявителят е подал заявление за определяне на увреждане през последната година. Това може да е било за социално осигуряване, Supplemental Security Income (допълнителен осигурителен доход) или медицинска помощ без субсидия. Тази информация може да ни помогне при намирането на записи.

Информация за представител: Име и информация за контакт на лице, което ще може да се свърже с заявителя или да ни даде информация за контакт, ако не можем да се свържем с него. **Основен език:** Впишете езика и посочете дали е необходим устен / писмен превод.

Вид връзка / роля: Впишете по какъв начин представителят познава или е свързан с заявителя.

Законен представител: Впишете правната връзка, ако има такава. Законният представител е родител на дете под 18 години, който има право да взема решения по закон; законен настойник на дадено лице; ограничен настойник на дадено лице, когато ограниченият настойник има право да взема решения за здравни грижи; адвокат на дадено лице; фактически пълномощник на дадено лице (лице с пълномощно, което е упълномощено да взема решения за здравни грижи); или всяко друго лице, което е упълномощено по закон да действа от името на въпросното лице. Към заявлението трябва да се приложи документ за правната връзка.

Подпис на заявителя и/или законния представител Ако заявителят е на възраст под 18 години, негов родител или законен представител трябва да подпише заявлението и да впише датата. Ако заявителят е на 18 или повече години, той или негов законен представител трябва да подпише заявлението и да впише датата.

Изпратете заявлението и изискваните приложения до съответната служба, посочена по-долу.

Седалище на регион 1 (обслужвани окръзи: 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

Безплатна линия: 1-800-462-0624

Седалище на регион 2 (обслужвани окръзи: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

Безплатна линия: 1-800-788-2053

Седалище на регион 3 (Обслужвани окръзи: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

Безплатна линия: 1-800-248-0949

За повече информация относно допустимостта за DDA посетете <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.