

**DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်း တောင်းဆိုမှု**  
**Request for DDA Eligibility Determination**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication

DDA NUMBER:

<b>လျှောက်ထားသူ၏ အချက်အလက်များ</b>			
<b>ပထမအမည်</b>	<b>အလယ်အမည်</b>	<b>နောက်ဆုံးအမည်</b>	<b>မွေးနေ့</b>
ကျား/မ <input type="checkbox"/> အမျိုးသမီး <input type="checkbox"/> အမျိုးသား <input type="checkbox"/> မသိပါ / တင်ပြထားခြင်း	အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ <input type="checkbox"/> လက်ထပ်ထားခြင်းမရှိ <input type="checkbox"/> ကွာရှင်း <input type="checkbox"/> လက်ထပ် <input type="checkbox"/> ခွဲနေခြင်း <input type="checkbox"/> လက်ထပ်ထားခြင်းမရှိ <input type="checkbox"/> အတူနေ <input type="checkbox"/> အိမ်ထောင်ဘက် သေဆုံး	လျှောက်ထားသူ၏ ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်ရန် လိုအပ်သည့် အချက်များ <b>ဘာသာပြန် လိုအပ်သည်:</b> <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ <b>ဘာသာပြန်ဆိုထားသည့် စာရွက်စာတမ်း:</b> <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ <b>အခြေခံ မူလ အရေးဘာသာစကား:</b> <b>အင်္ဂလိပ်ဘာသာ ပြောဆိုနိုင်သည်:</b> <input type="checkbox"/> ပြောဆိုနိုင်သည် <input type="checkbox"/> မ ပြောဆိုနိုင်ပါ <input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ်စကား အနည်းငယ် ပြောဆိုနိုင်သည် <b>အင်္ဂလိပ်ဘာသာ နားလည်သည်:</b> <input type="checkbox"/> နားလည်သည် <input type="checkbox"/> နားမလည်ပါ <input type="checkbox"/> အကန့်အသတ်ရှိသည် <b>အခြေခံမူလ ပြောဆိုမှု ဘာသာစကား:</b>	စာရင်းဝင် လူမျိုးစု လူမှုလုံခြုံရေးနံပါတ် အမြင့်ဆုံး ပညာအရည်အချင်း သို့မဟုတ် အမျိုးအစား
တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကုဒ်များ (ပါဝင်သည့် အချက်အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပေးပါ) <input type="checkbox"/> အမေရိကန် သို့မဟုတ် ဒေသခံ အလက်ကော <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန်- အမေရိကန် <input type="checkbox"/> ဒေသခံ ဟာဝိုင်ရီ လူမျိုး /အခြား ပစိဖိတ်ကျွန်းဒေသခံ <input type="checkbox"/> အဖြူ <input type="checkbox"/> တင်ပြထားခြင်း မရှိ			ဟစ်စပန်းနစ် <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု <input type="checkbox"/> ရရှိပါသည်၊ အမျိုးအစား: <input type="checkbox"/> မရရှိပါ အခြား အာမခံ:	လျှောက်ထားသူများ၏ ပုံမှန် အိမ်ရာ အခြေအနေ <input type="checkbox"/> အရွယ်ရောက်ပြီးသူ လိုင်စင်ရ အိမ် <input type="checkbox"/> ကလေး- မွေးစားနေအိမ် <input type="checkbox"/> အကျဉ်းသား ဌာန/ ထောင် <input type="checkbox"/> သူနာပြုစောင့်ရှောက်မှု ဌာန <input type="checkbox"/> အိမ်ခြေရာမဲ့ <input type="checkbox"/> ဆေးရုံ၊ ဆေးဝါးဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> ဆေးရုံ/စိတ်ကျန်းမာရေး <input type="checkbox"/> အခြား ဖော်ပြပါ:		<input type="checkbox"/> ဆွေမျိုး၏ အိမ် <input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အိမ် <input type="checkbox"/> မိဘအိမ်
<b>လမ်းနံပါတ်</b>	<b>မြို့</b>	<b>ပြည်နယ်</b>	<b>ဇစ်ကုဒ်</b>
<b>စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် (မတူပါက)</b>			<b>နေထိုင်သည့်နိုင်ငံ</b>
<b>မူလ ဖုန်းနံပါတ်</b>			<b>ရက်စွဲ</b>
( ) - ( )	<input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> မက်ဆေ့ချ်	<b>အခြားဖုန်းနံပါတ်</b>	<input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> မက်ဆေ့ချ်
<b>အိမ်မေးလ်လိပ်စာ</b>			
တက်ရောက်သည့် ကျောင်းခရိုင်များနှင့် ရက်စွဲများကို ဖော်ပြပါ။			
မည်သည့်အတွက်ကြောင့် လျှောက်ထားရသည်ကို ရှင်းပြပါ။			
မသန်စွမ်းမှု ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးနှင့် ပထမဆုံး လေ့လာတွေ့ရှိချိန် ပထမဆုံးဆုံးရောက်စတင်ဖြစ်ပွားသည့်အသက်:		ကလေးအထူးဆေးဝါးကြပ်မက်မှု အစီအစဉ် လျှောက်ထားသူသည် မနှစ်က မသန်စွမ်းမှုဆိုင်ရာ လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဝင်ငွေထောက်ပံ့ပေးမှု သို့မဟုတ် ဖေးအိမ်ခြံမြင်းမရှိသော DSHS ဆေးဝါးထောက်ပံ့မှုကို လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။ <input type="checkbox"/> လျှောက်ထားခဲ့ပါသည် <input type="checkbox"/> မလျှောက်ထားခဲ့ပါ	
<input type="checkbox"/> အော်တစ်စင်	<input type="checkbox"/> ဝက်ရှူးပြန်ရောဂါ		
<input type="checkbox"/> ဦးနှောက်သွက်ချာပါဒ	<input type="checkbox"/> ဉာဏ်ရည်မသန်စွမ်းခြင်း		
<input type="checkbox"/> ဉာဏ်မမှီခြင်း	<input type="checkbox"/> အာရုံကြော အခြေအနေ		
<input type="checkbox"/> ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု နှောင့်နှေးခြင်း			
<b>ကိုယ်စားလှယ် အချက်အလက်များ</b>			
<b>ပထမအမည်</b>	<b>အလယ်အမည်</b>	<b>နောက်ဆုံးအမည်</b>	<b>မူလဘာသာစကား</b>
<b>စာပို့သင်္ကေတ</b>	<b>မြို့</b>	<b>ပြည်နယ်</b>	<b>ဇစ်ကုဒ်</b>
<b>မူလဖုန်းနံပါတ်</b>	<input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> မက်ဆေ့ချ်	<b>အခြားဖုန်းနံပါတ်</b>	<input type="checkbox"/> ဆဲလ် <input type="checkbox"/> အိမ် <input type="checkbox"/> အလုပ် <input type="checkbox"/> မက်ဆေ့ချ်
( ) - ( )		( ) - ( )	<b>အိမ်မေးလ် လိပ်စာ</b>
<b>ပတ်သက်မှု အမျိုးအစား/ ကဏ္ဍ</b>		<b>တရားဝင်ပတ်သက်မှု (စာရွက်စာတမ်းများကို တွဲဖက်ဖော်ပြပါ)</b>	<b>လျှောက်ထားသူနှင့် အတူ နေထိုင်သည်</b> <input type="checkbox"/> ရှိပါသည် <input type="checkbox"/> မရှိပါ
အခြားကိုယ်စားလှယ် အမည်/ အခန်းကဏ္ဍ/အိမ်မေး(လ)			
အခြားကိုယ်စားလှယ် အမည်/ အခန်းကဏ္ဍ/အိမ်မေး(လ)			
<b>လက်မှတ်(များ)</b>			
အရွယ်ရောက်ပြီးသော လျှောက်ထားသူ၏ လက်မှတ်			ရက်စွဲ
မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်		ရက်စွဲ	တရားဝင်ပတ်သက်မှု

**DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှု ဆုံးဖြတ်ခြင်း တောင်းဆိုမှုအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ**

တွဲဖက်ပေးပို့ရန် လိုအပ်သည့်စာရင်း လိုအပ်သည့် တွဲဖက် စာရွက်စာတမ်းများ မပါရှိပါက ဤလျှောက်လွှာကို လက်ခံမည် မဟုတ်ပါ။

- လက်မှတ်ထိုးပါရှိပြီး အပိုင်းအားလုံးကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ထားသည့် လျှောက်လွှာ။
- လက်မှတ်ထိုးထားသည့် HIPAA လျှောက်လွှာ (ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များ ထိန်းသိမ်းကျင့်သုံးမှု အသိပေးမှု)။
- ကိုယ်ပိုင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက်အလက်များကို လဲလှယ်နိုင်ကြောင်း သဘောတူ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသည့် လျှောက်လွှာ- ဆက်သွယ်နိုင်သူ အားလုံး၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးရမည်။ 13 နှစ်နှင့် အထက် လျှောက်ထားသူများသည် လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။
- တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်ရှိပါက အုပ်ထိန်းမှု စာရွက်စာတမ်းများ၏ မိတ္တူများ သို့မဟုတ် တရားရုံးမှ ခွင့်ပြုမှုကို ပြသသည့် စာရွက်စာတမ်းများ။

**လျှောက်ထားသူ၏ အချက်အလက်များ** လျှောက်ထားသူသည် DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှုအား တောင်းဆိုထားသူ ဖြစ်သည်။

**လျှောက်ထားသူ၏ အမည်** လျှောက်ထားသူ၏ တရားဝင် အမည်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။ အမည်ပြောင်းများကို မဖြည့်ပါနှင့်။

**မွေးနေ့** လျှောက်ထားသူ မွေးနေ့၏ လ၊ ရက်နှင့် နှစ်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

**ကျား/မ** အသင့်တော်ဆုံး အဖြေကို ရွေးချယ်ပါ။ လျှောက်ထားသူမှ ဤမေးခွန်းကို မဖြေဆိုလိုပါက မသိပါ/တင်ပြထားခြင်းမရှိ ကို ရွေးချယ်ပါ။

**လျှောက်ထားသူ၏ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ** လျှောက်ထားသူ၏ လက်ရှိ အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေကို ဖော်ပြပါ။

**ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု** လျှောက်ထားသူ၏ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှု နည်းလမ်း(များ) ကို ဖော်ပြပါ။  
လျှောက်ထားသူမှ ဘာသာပြန်သူလိုအပ်ပါက၊ သက်ဆိုင်သည့် ရေးသားထားသည့် စာများအတွက် ဘာသာပြန်လိုအပ်ပါက "လိုအပ်သည်" ဆိုသည့်အတွက် အမှန်ဖြစ်ပေးပါ။  
လျှောက်ထားသူသည် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအား ပြောဆိုနိုင်သည်။ နားလည်သည့် သို့မဟုတ် အကန့်အသတ်ရှိသည်ကို ဖော်ပြပါ။  
လျှောက်ထားသူ၏ မူရင်းသုံး ဘာသာစကား (အပြော)၊ နှင့် (အရေး)၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ပြ ဘာသာစကား(ASL) သို့မဟုတ် အခြား လက်ဟန်ပြ ဘာသာစကား၊ မျက်မမြင်စာ အပါအဝင် ဆက်သွယ်နိုင်သည့်နည်း၊ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူသည် TDD သို့မဟုတ် အခြား ဆက်သွယ်ရေးစက်ကို အသုံးပြုကြောင်းကို ရေးသားဖော်ပြပါ။

**စာရင်းဝင် လူမျိုးစု** လျှောက်ထားသူ၏ မည်သည့် စာရင်းဝင် လူမျိုးစုကိုမဆို ရေးသားပါ။ မရှိပါက "N/A.A" ဟု ရေးပါ။

**လူမှုလိုခြံရေးနံပါတ်** လျှောက်ထားသူတွင် လူမှုလိုခြံရေး နံပါတ် ရှိပါက ရေးသားပါ။

**ပညာရေး** လျှောက်ထားသူ ရရှိထားသည့် အမြင့်ဆုံး ပညာအရည်အချင်း သို့မဟုတ် အမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ။

**တိုင်းရင်းသား လူမျိုးစု ကုန်များ** လျှောက်ထားသူ၏ လူမျိုးစုကို အကောင်းဆုံး ဖော်ပြနိုင်သည့် အဖြေ (များ) ကို ရွေးချယ်ပါ။ **ဟစ်စပန်းနစ်** လျှောက်ထား သူသည် ဟစ်စပန်းနစ် ဖြစ်ပါက "ဟုတ်သည်" ကို ရွေးချယ်ပါ။

**ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု** လျှောက်ထားသူသည် ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိပါက "ရရှိပါသည်" ကို ရွေးချယ်ပါ။ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု အမျိုးအစား(များ) ကို ရေးသားဖော်ပြပါ။ A, B, C, D.

**အခြားအာမခံ** အခြား ကျန်းမာရေး အာမခံ အစီအစဉ်များကို ရေးသားဖော်ပြပါ။ ဖြစ်နိုင်ပါက (အဖိုးရ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိက)ဖြစ်ကြောင်း ဖော်ပြပါ။ **ကျောင်းရှိ ခရိုင်** လျှောက်ထားသူ တက်ရောက်ခဲ့သည့် ကျောင်းရှိ ခရိုင်များကို ဖော်ပြပါ -ခရိုင် တစ်ခုချင်းစီတိုင်း၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ကျောင်းရှိ ခရိုင်များ၏ မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုစေလိုပါက သဘောတူညီမှု စာရင်းတွင် ထည့်သွင်းပေးရမည်။

**လျှောက်ထားသူ၏ ပုံမှန် အိမ်ရာ အခြေအနေ** လျှောက်ထားသူ၏ လက်ရှိ အိမ်ရာစီမံခန့်ခွဲမှုကို အကောင်းဆုံး ဖော်ပြနိုင်သည့် အတွက် အမှန်ဖြစ်ပါ။

**ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်** လျှောက်ထားသူ လက်ရှိနေထိုင်လျက်ရှိသော အိမ်လိပ်စာ၊ စာပို့လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ်(များ)ကို ဖော်ပြပါ။

**ကျောင်းရှိ ခရိုင်** လျှောက်ထားသူ တက်ရောက်ခဲ့သည့် ကျောင်းရှိ ခရိုင်များကို ဖော်ပြပါ -ခရိုင် တစ်ခုချင်းစီတိုင်း၏ ဖုန်းနံပါတ်များကို ထည့်သွင်းပေးပါ။ ကျောင်းရှိ ခရိုင်များ၏ မှတ်တမ်းများကို ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုစေလိုပါက သဘောတူညီမှု စာရင်းတွင် ထည့်သွင်းပေးရမည်။

**လျှောက်ထားရသည့် အကြောင်းအရင်း** လျှောက်ထားရသည့် အကြောင်းအရင်း(များ) နှင့် လျှောက်ထားသူနှင့် လျှောက်ထားသူ မိသားစုမှ စိတ်ဝင်စားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ စာရင်းကို ဖော်ပြပါ။

**မသန်စွမ်း ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု** လျှောက်ထားသူ၏ တစ်ခုနှင့် တစ်ခုထက်ပိုသော ရောဂါများ၊ လျှောက်ထားသူ၏ ရောဂါပထမဆုံး ခံစားခဲ့ရသည့် အသက်အရွယ်ကို ဖော်ပြပါ။ ကျွန်ုပ်တို့အား ပိုမိုပြောပြနိုင်ရန် အပိုစာရွက်ကို အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

**မသန်စွမ်းမှုအတွက် လျှောက်ထားခြင်းများ** လျှောက်ထားသူသည် မနှစ်က မသန်စွမ်း ဆုံးဖြတ်ခြင်းအတွက် လျှောက်ထားခဲ့ခြင်း ရှိ/မရှိကို ဖော်ပြပါ။ ဤအရာသည် လူမှုဖူလုံရေး အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဝင်ငွေထောက်ပံ့ပေးမှု သို့မဟုတ် ပေးအပ်ခြင်းမရှိသော DSHS ဆေးဝါးထောက်ပံ့မှုတို့ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ဤအချက်အလက်သည် ကျွန်ုပ်တို့အား မှတ်တမ်းများ ပြန်လည်ရှာဖွေရာတွင် ကူညီ ပေးနိုင်ပါသည်။

**ကိုယ်စားလှယ်၏ အချက်အလက်** လျှောက်ထားသူအား ဆက်သွယ်နိုင်သူ၏ အမည်နှင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့အား ပေးပါ။ သို့မဟုတ် လျှောက်ထားသူအား ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်၍ မရသည့်အခါ ဆက်သွယ်နိုင်သူ၏ အချက်အလက်များကို ပေးပါ။ **မူလဘာသာစကား** : ဘာသာ စကားကို စာရင်းဖြည့်ပြီး ဘာသာပြန်ပေးရန် လိုအပ်ခြင်း ရှိ/မရှိကို ဖော်ပြပါ။

**ပတ်သက်မှု အမျိုးအစား/ကဏ္ဍ** ကိုယ်စားလှယ်သည် လျှောက်ထားသူအား မည်ကဲ့သို့ သိသည်/ မည်သည့်ပတ်သက်မှု ရှိသည်ကို ဖော်ပြပါ။

**တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်** တရားဝင်ပတ်သက်မှုရှိပါက ဖော်ပြပါ။ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်သည် တရားဝင် ဆုံးဖြတ်ချက် ပြုလုပ်ရန် အခွင့်ရှိသည့် အသက် ဆယ့်ရှစ်နှစ်အောက် ကလေးငယ်၏ မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၊ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ပြုလုပ်နိုင်သည့် ကန့်သတ် ထားမှု ရှိသော အုပ်ထိန်းသူ၊ ဥပဒေအရ တစ်စုံတစ်ဦး၏ ရှေ့နေ၊ အချက်အလက်အရ တစ်စုံတစ်ဦး၏ ရှေ့နေ (ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များ ပြုလုပ် ခွင့်ရရှိထားသည့် ရှေ့နေ)၊ တစ်ဦးတစ်ယောက်အတွက် ဆောင်ရွက်ရန် ဥပဒေမှ ခွင့်ပြုထားသူ တို့ဖြစ်သည်။ တရားဝင်ပတ်သက်မှု ရှိကြောင်း ပြသသည့် အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်းများကို ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ တွဲဖက်ပို့ပေးရမည်။

**လျှောက်ထားသူနှင့်/သို့ တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်** လျှောက်ထားသူသည် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက သို့မဟုတ် သူမ၏ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး လျှောက်လွှာ ရက်စွဲကို ရေးသားပေးရမည်။ လျှောက်ထားသူသည် 18 နှင့် အထက် ဖြစ်ပါက လျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး လျှောက်လွှာ ရက်စွဲကို ရေးသားပေးရမည်။

**အောက်ဖော်ပြပါ ရုံးအသီးသီးထံသို့ လျှောက်လွှာများနှင့် လိုအပ်သည့် တွဲဖက်စာရွက်စာတမ်းများကို ပြန်လည်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။**

- တိုင်းဒေသကြီး 1 ဌာနချုပ်များ ( ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ** : အဒမ်စ်၊ အစိုတင်၊ ဘန်တန်၊ ရှိလန်၊ ကိုလမ်ဘီယာ၊ ဒေါက်ဂလပ်စ်၊ ဖယ်ရီ၊ ဖရန့်ကလင်း၊ ဂါးရီဖီးလ်ဒ်၊ ဂရန်၊ ကစ်တီးတတ်စ်၊ ကလစ်ကီးတတ်စ်၊ လင်ကွန်း၊ အိုတာန်ဂန်၊ ပန်ဒီ အော်ရီလီ၊ စပိုက်နစ်၊ စတီဗင်စ်၊ ဝါလ ဝါလ၊ ပုတ်မန်း၊ ယာကီမ
- 1611 W INDIANA AVE  
SPOKANE WA 99205-4221  
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-462-0624
- တိုင်းဒေသကြီး 2 ဌာနချုပ်များ ( ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ** : အိုင်းစလန်း၊ ကင်း၊ စန် ဂျူရန်၊ စကဂျစ်၊ စနိုဟိုမစ်ရှ်၊ ပုတ်ကွန်း
- 20311 52<sup>ND</sup> AVE W STE 302  
LYNNWOOD WA 98036-3901  
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-788-2053
- တိုင်းဒေသကြီး 3 ဌာနချုပ်များ ( ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နိုင်ငံများ** : ကလာလန်၊ ကလာ့စ်၊ ကောင်းလတ်စ်၊ ဂရေ ဟာဘာ၊ ဂျာဆန်၊ ကစ်တစ်၊ လူးဝစ်၊ မေဆန်၊ ပစ်ဇိတ်၊ ပီးယားစ်၊ စကမန်းယား၊ သာစတန်၊ ဝါကီယာကစ်
- 1305 TACOMA AVE S STE 300  
TACOMA WA 98402-1903  
အခမဲ့ဖုန်း: 1-800-248-0949

DDA အရည်အသွေးပြည့်မီမှုအကြောင်း အခြားအချက်အလက်များအတွက် <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> တွင် လေ့လာပါ။