

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)  
**Demande de détermination de l'admissibilité au DDA**  
Request for DDA Eligibility Determination

**FOR OFFICE USE ONLY**

Initial  Reapplication

DDA NUMBER:

Informations sur le demandeur					
PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE	
SEXE <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Inconnu / non signalé	ÉTAT MATRIMONIAL <input type="checkbox"/> Jamais marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Concubins <input type="checkbox"/> Veuf/veuve	BESOINS DE COMMUNICATION DU DEMANDEUR Interprète requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Parle anglais : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Limité Traduire des documents : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Comprend l'anglais : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Limité Langue écrite principale : Langue principal parlée :		INSCRIPTION TRIBALE  NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE  NIVEAU DE SCOLARITÉ LE PLUS ÉLEVÉ OU TYPE	
CODES ETHNIQUES (COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES) <input type="checkbox"/> Américain ou natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> D'origine hawaïenne / autre insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Non signalé				HISPANOPHONE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ASSURANCE-MALADIE (MEDICARE) <input type="checkbox"/> Oui ; type : <input type="checkbox"/> Non Autre assurance :		SITUATION HABITUELLE DES DEMANDEURS EN MATIÈRE DE LOGEMENT <input type="checkbox"/> Établissement autorisé pour les adultes <input type="checkbox"/> Sans-abris <input type="checkbox"/> Logement des parents <input type="checkbox"/> Enfant – foyer d'accueil <input type="checkbox"/> Hôpital, médical <input type="checkbox"/> Propre foyer <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel / prison <input type="checkbox"/> Hôpital, psychiatrique <input type="checkbox"/> Foyer des parents <input type="checkbox"/> Établissement de soins infirmiers <input type="checkbox"/> Autre, préciser :			
ADRESSE		VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	COMTÉ DE RÉSIDENCE
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE)		VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	WASHINGTON EST LE LIEU DE RÉSIDENCE DES MILITAIRES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL ( ) -	<input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> MAISON <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> MESSAGE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) -	<input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> MAISON <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> MESSAGE	ADRESSE EMAIL	
LISTE DES DISTRICTS SCOLAIRES FRÉQUENTÉS ET DES DATES					
DITES-NOUS LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS FAITES UNE DEMANDE					
HANDICAP DÉVELOPPEMENTAL ET L'ÂGE OBSERVÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS Âge du premier diagnostic : <input type="checkbox"/> Autistique <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Condition chromosomique <input type="checkbox"/> Retard développemental			<input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Condition neurologique		
DEMANDE DE SERVICE DE DÉTERMINATION D'INVALIDITÉ Le demandeur a-t-il demandé des prestations d'invalidité de la sécurité sociale, un revenu de sécurité supplémentaire ou de l'assistance médicale non subventionnée DSHS au cours de la dernière année ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Informations sur le représentant					
PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM	NOM	LANGUE PRINCIPALE	
ADRESSE POSTALE		VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	Interprète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traduction : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL ( ) -	<input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> MAISON <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> MESSAGE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) -	<input type="checkbox"/> CELLULAIRE <input type="checkbox"/> MAISON <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> MESSAGE	ADRESSE EMAIL	
TYPE / RÔLE DE LA RELATION		RELATION JURIDIQUE (JOINDRE DES DOCUMENTS)		VIT AVEC LE DEMANDEUR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
NOM DE L'AUTRE REPRÉSENTANT / RÔLE / EMAIL					
NOM DE L'AUTRE REPRÉSENTANT / RÔLE / EMAIL					
Signature(s)					
SIGNATURE DU DEMANDEUR ADULTE				DATE	
SIGNATURE DU PARENT OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL			DATE	RELATION JURIDIQUE	

## Demande d'instructions sur la détermination de l'admissibilité au DDA

**Liste des pièces jointes requises** Cette demande ne peut être acceptée sans les pièces jointes requises.

- Demande signée avec toutes les pièces remplies.
- Formulaire HIPAA signé (Avis sur les pratiques de confidentialité).
- Consentement signé à l'échange d'informations confidentielles – inclure les numéros de téléphone de tous les contacts. Les candidats âgés de 13 ans et plus doivent signer.
- S'il y a un représentant légal, des copies des documents de tutelle ou d'autres documents judiciaires montrant l'autorité.

**Informations sur le demandeur** Le demandeur est la personne pour laquelle l'admissibilité au DDA est demandée.

**Nom du demandeur** : Indiquez le nom légal du demandeur. N'entrez pas de surnoms.

**Date de naissance** : Indiquer le mois, le jour et l'année de la date de naissance du demandeur.

**Sexe** : Choisissez la réponse qui est la plus pertinente ou inconnue/non déclarée si le demandeur préfère ne pas répondre à cette question.

**État matrimonial du demandeur** : Indiquez l'état matrimonial actuel du candidat.

**Communication** : Indiquer la ou les méthodes de communication du candidat.

Si le déposant a besoin d'un interprète ou d'une traduction de la correspondance écrite, cochez la case pour indiquer OUI.

Indiquer si le demandeur parle, comprend ou dispose d'une maîtrise limitée de l'anglais.

Écrivez dans la langue principale parlée et écrite du demandeur ou dans la méthode de communication, y compris l'American Sign Language (ASL) ou une autre langue des signes, le braille, ou si le demandeur utilise un TDD ou un autre dispositif de communication.

**Inscription tribale** : Écrivez dans l'inscription tribale du demandeur, le cas échéant. Sinon, écrire « S/O ».

**Numéro de sécurité sociale** : Indiquez le numéro de sécurité sociale du demandeur, le cas échéant.

**Éducation** : Écrivez le plus haut niveau atteint ou le type d'éducation obtenu par le candidat.

**Codes ethniques** : Indiquez la ou les réponses qui décrivent le mieux l'origine ethnique du demandeur. **Latino-américain (hispanique)** : Si le candidat est hispanique, indiquez OUI.

**Medicare** : Si le candidat reçoit l'assurance-maladie, indiquez OUI. Inscrive le(s) type(s) de Medicare : A, B, C, D

**Autre assurance** : Entrez le nom de tout autre régime d'assurance maladie (gouvernemental ou privé), le cas échéant.

**Situation habituelle du logement du candidat** : Cochez la case décrivant le mieux l'arrangement de logement actuel du demandeur.

**Personne-ressource** : Inscrive l'adresse de résidence, l'adresse postale et le(s) numéro(s) de téléphone du demandeur.

**Districts scolaires** : Écrivez dans les districts scolaires fréquentés par le demandeur – incluez un numéro de téléphone pour chaque district. Si vous voulez que nous demandions des dossiers, les districts scolaires doivent également être indiqués sur le consentement.

**Raison de la demande** : Écrivez les motifs de la demande et dressez la liste des services qui intéressent le demandeur ou sa famille.

**Déficiência du développement** : Indiquez un ou plusieurs diagnostics pour le demandeur et l'âge du demandeur au moment où ils ont été diagnostiqués pour la première fois. N'hésitez pas à utiliser une autre feuille de papier pour nous en dire plus.

**Demandes d'invalidité** : Indiquez si le demandeur a présenté une demande de détermination de l'invalidité au cours de la dernière année. Cela aurait pu être pour la sécurité sociale, le revenu de sécurité supplémentaire ou l'assistance médicale non subventionnée. Cette information peut nous aider à localiser les dossiers.

**Renseignements sur le représentant** : Nom et coordonnées de la personne qui sera en mesure de contacter le demandeur ou de nous donner les coordonnées si nous ne sommes pas en mesure de joindre le demandeur. **Langue principale** : Énumérez la langue et indiquez si une interprétation/traduction est nécessaire.

**Type de relation/rôle** : Écrivez comment le représentant connaît le demandeur ou est lié à lui.

**Représentant légal** : Inscrivez la relation juridique, le cas échéant. Un représentant légal est le parent d'un enfant de moins de 18 ans ayant le pouvoir de décision juridique ; le tuteur légal d'une personne ; le tuteur limité d'une personne lorsque le tuteur limité a le pouvoir de prendre des décisions en matière de soins de santé ; l'avocat d'une personne ; l'avocat d'une personne en fait (une personne ayant une procuration qui a été autorisée à prendre des décisions en matière de soins de santé) ; ou toute autre personne qui est autorisée par la loi à agir au nom de la personne en question. La documentation des relations juridiques doit être jointe à la demande.

**Signature du demandeur et/ou du représentant légal** Si le demandeur a moins de 18 ans, son parent ou son représentant légal doit signer et dater la demande. Si le demandeur est âgé de 18 ans ou plus, le demandeur ou son représentant légal doit signer et dater la demande.

**Retourner la demande et les pièces jointes requises au bureau correspondant ci-dessous.**

**Région 1 Administration centrale (comtés desservis** : 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

Sans frais : 1-800-462-0624

**Région 2 Administration centrale (comtés desservis** : Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

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

LYNNWOOD WA 98036-3901

Sans frais : 1-800-788-2053

**Région 3 Administration centrale (comtés desservis** : Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

Sans frais : 1-800-248-0949

Pour en savoir plus sur l'admissibilité au DDA, accédez à <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.