

Developmental Disabilities Administration (DDA)
DDA ਦੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ) ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ
ਲਈ ਬੇਨਤੀ

For Office Use Only (ਸਿਰਫ਼ ਦਫ਼ਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDA Number:	

Request for DDA Enrollment Determination

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ	ਅੰਤਮ ਨਾਂ	ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ਼
ਲਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਨੈਨ-ਬਾਇਨਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ <input type="checkbox"/> ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ/ਅਗਿਆਤ	ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਕਦੀ ਵਿਆਹ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ <input type="checkbox"/> ਅਲਹਿਦਗੀ <input type="checkbox"/> ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ <input type="checkbox"/> ਵਿਆਹੁਤਾ <input type="checkbox"/> ਅਲਹਿਦਗੀ <input type="checkbox"/> ਅਣਵਿਆਹਿਆ ਸਾਥੀ <input type="checkbox"/> ਵਿਧਵਾ/ਵਿਧੁਰ	ਕਬਾਇਲੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ) ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚਾ ਪੱਧਰ ਜਾਂ ਕਿਸਮ	
ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀਆਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ			
ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸੀਮਤ	
ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਸੀਮਤ	
ਮੁਢਲੀ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ:		ਬੋਲਣ ਵਾਲੀ ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ:	
ਨਸਲੀ ਕੋਡ (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ) <input type="checkbox"/> ਅਮਰੀਕੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਮੂਲ ਵਸਨੀਕ <input type="checkbox"/> ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਗੋਰਾ <input type="checkbox"/> ਏਸ਼ਿਆਈ <input type="checkbox"/> ਹਵਾਈ ਦਾ ਮੂਲ ਵਸਨੀਕ/ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ <input type="checkbox"/> ਦੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ			ਹਿਸਪੈਨਿਕ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
Medicare (ਮੈਡੀਕੇਅਰ) <input type="checkbox"/> ਹਾਂ; ਕਿਸਮ: <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ:	ਅਰਜ਼ੀ ਪਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਆਮ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਬਾਲਗ਼-ਲਾਇਸੈਂਸਸ਼ੁਦਾ ਸਹੂਲਤ <input type="checkbox"/> ਬੇਘਰ <input type="checkbox"/> ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦਾ ਘਰ <input type="checkbox"/> ਬੱਚਾ – ਫ਼ੋਸਟਰ ਹੋਮ <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ, ਮੈਡੀਕਲ <input type="checkbox"/> ਆਪਣਾ ਘਰ <input type="checkbox"/> ਸੁਧਾਰ-ਘਰ ਸਬੰਧੀ ਸਹੂਲਤ/ਜੇਲ੍ਹ <input type="checkbox"/> ਹਸਪਤਾਲ, ਮਨੋਰੋਗ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ <input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ ਘਰ <input type="checkbox"/> ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ, ਦੱਸੋ:		
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ-ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ			
ਰਿਕਾਰਡ ਅਨੁਸਾਰ ਵਾਸਿੰਗਟਨ ਮਿਲਿਟਰੀ ਹੋਮ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਮੁੱਖ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -	<input type="checkbox"/> ਸੈਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ	ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -	<input type="checkbox"/> ਸੈਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ
ਈਮੇਲ ਪਤਾ			
ਪੜ੍ਹਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਦੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਲਿਖੋ			
ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਿਉਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ			

ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਅਤੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਵੇਲੇ ਉਮਰ

ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮਰ:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਆੱਟਿਜ਼ਮ (ਆਤਮ-ਲੀਨਤਾ) | <input type="checkbox"/> ਮਿਰਗੀ | <input type="checkbox"/> ਦਿਮਾਗੀ ਅਧਰੰਗ |
| <input type="checkbox"/> ਬੌਧਿਕ ਅਸਮਰੱਥਾ | <input type="checkbox"/> ਕ੍ਰੋਮੋਸੋਮਲ ਸਥਿਤੀ | <input type="checkbox"/> ਨਿਊਰੋਲਾਜਿਕਲ ਸਥਿਤੀ |
| <input type="checkbox"/> ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਦੇਰ | | |

ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸੇਵਾ ਬਾਰੇ ਅਰਜ਼ੀ

ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਅਸਮਰੱਥਾ ਬਾਰੇ ਲਾਭਾਂ, ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ ਜਾਂ DSHS ਦੀ ਬਿਨਾ ਗ੍ਰਾਂਟ ਵਾਲੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ	ਅੰਤਮ ਨਾਂ	ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ
ਡਾਕ-ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਅਨੁਵਾਦ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਮੁੱਖ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -	<input type="checkbox"/> ਸੈਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ	ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -	<input type="checkbox"/> ਸੈਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਮੈਸੇਜ

ਈਮੇਲ ਪਤਾ

ਰਿਸ਼ਤਾ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਭੂਮਿਕਾ

ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼)

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ
 ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਭੂਮਿਕਾ/ ਈਮੇਲ

ਦੂਜੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਭੂਮਿਕਾ/ ਈਮੇਲ

ਦਸਤਖਤ

ਬਾਲਗ਼ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ

DDA ਦੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ) ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਅਣੈਚਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਅਣੈਚਮੈਂਟਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਦੀ ਵੀ ਪ੍ਰਵਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ।

ਭਰੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਾਲੀ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ HIPAA ਫ਼ਾਰਮ (ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ)।

ਗੁਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਲਈ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਸਹਿਮਤੀ – ਸਾਰੇ ਸੰਪਰਕਾਂ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ। 13 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਕੋਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਬਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਨਕਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਕ ਦਰਸਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਅਦਾਲਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਉਹ ਸ਼ਖ਼ਸ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਂ ਭਰੋ ਘਰ ਦੇ ਨਾਂ ਨਹੀਂ ਭਰਨੇ।

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਦਾ ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ ਅਤੇ ਸਾਲ ਭਰੋ।

ਲਿੰਗ: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਇਸ ਸੁਆਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਉਹ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ, ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਅਗਿਆਤ/ਦੱਸਿਆ ਨਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ (ਸੰਚਾਰ): ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ (ਤਰੀਕੇ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਚਿੱਠੀ-ਪੱਤਰੀ ਦੇ ਅਨੁਵਾਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣ ਲਈ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ। ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ, ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਬਹੁਤ ਬੋਲਦਾ/ਬੋਲਦੀ ਹੈ। ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਅਤੇ ਲਿਖਤੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਲਿਖੋ, ਇਸ ਵਿਚ ਅਮਰੀਕੀ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ (ASL) ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ TDD ਜਾਂ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ (ਸੰਚਾਰ) ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਿਵਾਈਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਕਬਾਇਲੀ ਦੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ): ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਕਬਾਇਲੀ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ (ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ) ਲਿਖੋ। ਨਹੀਂ, ਤਾਂ “ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ” ਲਿਖੋ।

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ: ਜੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।

ਪੜ੍ਹਾਈ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਵਲੋਂ ਹਾਸਿਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚਾ ਪੱਧਰ ਜਾਂ ਕਿਸਮ ਲਿਖੋ।

ਨਸਲੀ-ਮੂਲ ਦੇ ਕੋਡ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੇ ਨਸਲੀ ਮੂਲ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰੀਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਿਆਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਵਾਬ ਦੱਸੋ। ਹਿਸਪੈਨਿਕ: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸੋ।

Medicare: ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨੂੰ Medicare ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਂ ਵਿਚ ਦੱਸੋ। Medicare ਦੀ ਕਿਸਮ (ਕਿਸਮਾਂ) ਲਿਖੋ: A, B, C, D.

ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ: ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ (ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ) ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ।

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਆਮ ਹਾਉਸਿੰਗ ਸਥਿਤੀ: ਉਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ, ਜੋ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਹਾਉਸਿੰਗ ਪ੍ਰਬੰਧ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਿਆਨਦਾ ਹੈ।

ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਮੌਜੂਦਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ, ਡਾਕ-ਪਤਾ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।

ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ: ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ, ਜਿਹੜੀਆਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟਸ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹਿਆ/ਪੜ੍ਹੀ ਸੀ, ਲਿਖੋ – ਹਰ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਲਈ ਇੱਕ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਤੋਂ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰੀਏ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਣ: ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦਾ/ਦੇ ਕਾਰਣ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਲਿਖੋ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਚ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਹੈ।

ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ): ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਲਈ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰੀ ਰੋਗ-ਨਿਦਾਨ ਕਦੋਂ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੱਸੋ। ਸਾਨੂੰ ਕੁਝ ਹੋਰ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਸ਼ੀਟ ਦੀ ਬੇਝਿਜਕ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਲਈ ਅਰਜ਼ੀਆਂ: ਦੱਸੋ ਕਿ ਕੀ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ। ਇਹ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ, ਪੂਰਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਗ੍ਰਾਂਟ ਵਾਲੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਵਿਚ ਸਾਨੂੰ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ, ਜੋ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕੇਗਾ/ਸਕੇਗੀ ਜਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਮਾਂ-ਬੋਲੀ: ਜੇ ਵਿਆਖਿਆ/ਅਨੁਵਾਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਦੱਸੋ।

ਰਿਸ਼ਤਾ ਕੀ ਹੈ/ਭੂਮਿਕਾ: ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਉਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਨਾਲ ਕੀ ਸਬੰਧ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਲਿਖੋ।

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ: ਜੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਲਿਖੋ। ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਰਣਾ ਲੈਣ ਦੇ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਵਾਲੇ ਅਠਾਰਾਂ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ; ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਕੁਝ-ਕੁਝ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਦੋਂ ਕੁਝ-ਕੁਝ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਕੀਲ; ਅਸਲ ਵਿਚ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵਕੀਲ (ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ); ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਵਿਚਾਰ-ਗੋਚਰੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜੋ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ਼ ਵੀ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਜਾਂ ਉਸਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ਼ ਵੀ ਪਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਅਟੈਚਮੈਂਟਾਂ ਸਬੰਧਿਤ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।

ਹਲਕਾ 1 ਦੇ ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ (ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਐਡਮਸ, ਐਸੇਟਿਨ, ਬੈਨਟਨ, ਸੇਲਾਨ, ਕੋਲੰਬੀਆ, ਡਗਲਸ, ਫ਼ੈਰੀ, ਫ਼੍ਰੈਕਲਿਨ, ਗਾਰਫ਼ੀਲਡ, ਗ੍ਰਾਂਟ, ਕਿਟੀਟਾਸ, ਕਲਿੰਕੀਟੈਟ, ਲਿੰਕਨ, ਓਕਾਨੇਗਾਨ, ਪੈਂਡ ਓਰੀਲੇ, ਸਪੇਕੇਨ, ਸਟੀਵਨਸ, ਵੱਲਾ ਵੱਲਾ, ਵਿਟਮੈਨ, ਯਾਕੀਮਾ)

1611 W Indiana Ave
Spokane WA 99205-4221
ਟੈਲ ਫ਼ੀ: 1-800-462-0624

ਹਲਕਾ 2 ਦੇ ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ (ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਆਈਲੈਂਡ, ਕਿੰਗ, ਸਾਂ ਯੂਆਂ, ਸਕੈਗਿਟ, ਸਨੋਹੋਮਿਸ਼, ਵਾਟੂਕੋਮ)

20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
ਟੈਲ ਫ਼ੀ: 1-800-788-2053

ਹਲਕਾ 3 ਦੇ ਹੈਡਕੁਆਰਟਰ (ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਾਉਂਟੀਆਂ: ਕਲੈਲਮ, ਕਲਾਰਕ, ਕਾਓਲਿਤਜ਼, ਗ੍ਰੇਜ਼, ਹਾਰਬਰ, ਜੈਫ਼ਰਸਨ, ਕਿਟਸੈਪ, ਲੁਇਸ, ਮੈਸਨ, ਪੈਸੀਫ਼ਿਕ, ਪੀਅਰਸ, ਸਕੈਮੈਨੀਆ, ਫਰਸਟਨ, ਵਾਹਕਿਆਕਮ)

1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
ਟੈਲ ਫ਼ੀ: 1-800-248-0949

DDA ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility> 'ਤੇ ਜਾਓ।