

Инструкции по заполнению запроса об установлении права регистрации в DDA

Список требуемых приложений Заявление не может быть принято без необходимых приложений.

- Подписанное заявление, в котором заполнены все разделы.
- Подписанная форма разрешения на передачу необходимой информации о здоровье в соответствии с законом HIPAA (Уведомление о правилах обращения с конфиденциальной информацией — Notice of Privacy Practices).
- Подписанное Согласие на обмен конфиденциальной информацией (Consent to Exchange Confidential Information) — указать номера телефонов всех контактных лиц. Заявитель в возрасте 13 лет или старше должен поставить подпись.
- Если имеется законный представитель, копии документов об опекунстве или прочие судебные документы, подтверждающие соответствующие полномочия.

Данные заявителя Заявитель это лицо, в отношении которого запрашивается регистрация в Администрации DDA.

Имя и фамилия заявителя: Укажите официальные имя и фамилию заявителя. Не указывайте прозвища.

Дата рождения: Укажите месяц, число и год рождения заявителя.

Пол: Выберите наиболее подходящий вариант ответа или же укажите «неизвестно / нет данных», если заявитель предпочитает не отвечать на ваш вопрос.

Семейное положение заявителя: Укажите текущее семейное положение заявителя.

Связь: Укажите способ (-ы) связи с заявителем. Если заявитель нуждается в услугах переводчика, отметьте соответствующее поле и укажите «Да». Укажите, говорит ли заявитель по-английски, и понимает ли по-английски или владеет английским языком на ограниченном уровне. Укажите основной устный и письменный язык заявителя или способ общения, в частности американский жестовый язык (American Sign Language, ASL) или иной язык жестов, азбуку Брайля, а также укажите, пользуется ли заявитель текстовым телефоном (TDD) или иным коммуникационным устройством.

Регистрация в племени: Укажите данные о регистрации заявителя в племени, если заявитель зарегистрирован. В противном случае укажите «Неприменимо» (N/A).

Номер социального обеспечения: Укажите номер заявителя в системе социального обеспечения, если таковой имеется.

Образование: Укажите высший уровень / тип образования, полученного заявителем.

Этнические коды: Приведите ответы, которые наилучшим образом характеризуют этническую принадлежность заявителя. **Латиноамериканец (-ка):** Если заявитель принадлежит к латиноамериканской расовой группе, отметьте «ДА».

Medicare: Если заявитель участвует в программе Medicare, отметьте «ДА». Укажите тип (-ы) программы Medicare: A, B, C, D.

Другая программа страхования: Укажите названия других планов медицинского страхования (государственных или частных), если применимо.

Место проживания заявителя: Отметьте поле с наиболее подходящим описанием места жительства заявителя.

Контактная информация: Укажите текущий адрес проживания заявителя, почтовый адрес, а также номер (-а) телефона.

Школьные округа: Укажите школьные округа школ, которые посещал заявитель — укажите номер телефона для каждого округа. Если вы хотите, чтобы мы запросили выписки, школьные округа должны быть указаны в Согласии (Consent).

Причина подачи заявления: Укажите причину (-ы) подачи заявления, а также перечислите услуги, в получении которых заинтересован заявитель или семья заявителя.

Инвалидность вследствие нарушений развития: Укажите один или несколько диагнозов заявителя, а также возраст, в котором они были впервые поставлены. Вы можете приложить листы с дополнительной информацией.

Заявления в связи с инвалидностью: Укажите, подавал ли заявитель заявления в отношении определения инвалидности в прошлом году. Такими заявлениями могут быть заявления о льготном социальном обеспечении, дополнительном социальном доходе (Supplemental Security Income) или помощи на медицинское обслуживание (не из средств грантов) (Non-Grant Medical Assistance). Такая информация поможет нам установить местонахождение данных.

Сведения о представителе: Укажите имя, фамилию и контактные данные лица, которое имеет возможность связаться с заявителем или передать его контактную информацию, если мы не можем связаться с заявителем. **Основной язык:** Укажите язык и отметьте, нуждаетесь ли вы в услугах устного / письменного переводчика.

Тип отношений / кем приходится: Укажите, каким образом представитель знаком с заявителем, или же определите имеющиеся между ними отношения.

Законный представитель: Определите официальные отношения, если таковые имеются. Законный представитель это: родитель ребенка младше восемнадцати лет с официальным правом принимать решения, законный опекун ребенка, опекун ребенка с ограниченными правами, имеющий право принимать решения, относящиеся к здравоохранению и медицинскому обслуживанию, адвокат в силу права, лицо, действующее по доверенности (с правом принимать решения, относящиеся к здравоохранению и медицинскому обслуживанию) или же любое лицо, имеющее право по закону действовать от имени заявителя. Документ, подтверждающий законные отношения, должен быть приложен к заявлению.

Подпись заявителя и /или законного представителя Если возраст заявителя не превышает 18 лет, его или ее родитель или законный представитель должны подписать заявление и указать дату. Если возраст заявителя 18 и более лет, подписать заявление и указать дату могут как сам заявитель, так и его или ее законный представитель.

Вышлите заявление и необходимые приложения в соответствующее отделение Администрации DDA в соответствии с приведенным ниже списком.

Главное бюро Региона 1 (Обслуживаемые округа: Адамс (Adams), Асотин (Asotin), Бентон (Benton), Чилан (Chelan), Колумбия (Columbia), Дуглас (Douglas), Ферри (Ferry), Франклин (Franklin), Гарфилд (Garfield), Грант (Grant), Киттитас (Kittitas), Кликитат (Klickitat), Линкольн (Lincoln), Оканоган (Okanoogan), Понд-Орей (Pend Oreille), Спокен (Spokane), Стивенс (Stevens), Уола-Уолла (Walla-Walla), Уитман (Whitman), Якима (Yakima))
1611 W Indiana Ave
Spokane, WA 99205-4221
Бесплатный телефон: 1-800-462-0624

Главное бюро Региона 2 (Обслуживаемые округа: Айленд (Island), Кинг (King), Сан-Хуан (San Juan), Скаджит (Skagit), Снохомиш (Snohomish), Уотком (Whatcom).
20311 52ND Ave W Ste 302
Lynnwood, WA 98036-3901
Бесплатный телефон: 1-800-788-2053

Главное бюро Региона 3 (Обслуживаемые округа: Клаллем (Clallam), Кларк (Clark), Каулитц (Cowlitz), Грейс-Харбор (Grays Harbor), Джефферсон (Jefferson), Китсеп (Kitsap), Льюис (Lewis), Мэйсон (Mason), Пасифик (Pacific), Пирс (Pierce), Скамания (Skamania), Терстон (Thurston), Уакиакум (Wahkiakum))
1305 Tacoma Ave S Ste 300
Tacoma, WA 98402-1903
Бесплатный телефон: 1-800-248-0949

Дополнительная информация о правах участия в программах DDA представлена на веб-сайте:
<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.