

## Запит на визначення права на реєстрацію щодо отримання послуг DDA

### Request for DDA Enrollment Determination

**For Office Use Only**  
(Тільки для службового використання)

Initial  Reapplication  
DDA Number:

<b>Інформація про заявника</b>				
Ім'я		Ініціал другого імені		Прізвище
Дата народження			Племінна реєстрація	
Стать		Сімейний стан		Номер соціального страхування
<input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Небінарна особа <input type="checkbox"/> Вважаю за краще не відповідати <input type="checkbox"/> Не повідомляється / невідомо		<input type="checkbox"/> Ніколи не був (була) у шлюбі <input type="checkbox"/> Відокремлені <input type="checkbox"/> Розлучений(-на) <input type="checkbox"/> Одружений(-на) <input type="checkbox"/> Мешкає окремо від дружини/чоловіка <input type="checkbox"/> Цивільний партнер <input type="checkbox"/> Вдовець/Вдова		Найвищий рівень або тип освіти
Комунікаційні потреби заявника Необхідна допомога перекладача: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Документи мають бути перекладені: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Основна письмова мова:				
Говорить англійською мовою: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Обмежено Розуміє англійську мову: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Обмежено Основна розмовна мова:				
Етнічні коди (позначте все, що підходить) <input type="checkbox"/> American or Alaska Native <input type="checkbox"/> Чорний чи афроамериканець <input type="checkbox"/> Білошкірий(-а) <input type="checkbox"/> Азіат(-ка) <input type="checkbox"/> Корінний(-на) мешканець(-ка) Гавайїв/ <input type="checkbox"/> корінний(-на) мешканець(-ка) інших островів Тихого океану <input type="checkbox"/> Не повідомляється				Південноамериканець <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Medicare <input type="checkbox"/> Так; тип: <input type="checkbox"/> Ні Інше страхування:		Звичайні умови проживання заявника <input type="checkbox"/> Ліцензований заклад для дорослих <input type="checkbox"/> Бездомні <input type="checkbox"/> Дім родичів <input type="checkbox"/> Дитина – патронатна родина <input type="checkbox"/> Лікарня, медичний заклад <input type="checkbox"/> Власний дім <input type="checkbox"/> Виправна Установа / В'язниця <input type="checkbox"/> Лікарня, психіатрична установа <input type="checkbox"/> Батьківський дім <input type="checkbox"/> Медсестринський заклад <input type="checkbox"/> Інше, опишіть:		
Адреса вулиці		Місто	Штат	Поштовий індекс
Округ проживання				
Поштова адреса (якщо відмінна)		Місто	Штат	Поштовий індекс
Адреса військовослужбовця, зазначена в досьє, знаходиться в штаті Вашингтон: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
Основний номер телефону ( ) -		<input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Робота <input type="checkbox"/> Повідомлення		Інший номер телефону ( ) - <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Робота <input type="checkbox"/> Повідомлення
Адреса електронної пошти				
Зазначте шкільні округи, в яких проходило навчання, та дати				
Розкажіть нам, чому ви подаєте заявку				

Порушення розвитку та вік, у якому воно вперше спостерігалось			
Вік, у якому інвалідність діагностували вперше:			
<input type="checkbox"/> Аутизм	<input type="checkbox"/> Епілепсія	<input type="checkbox"/> Церебральний параліч	
<input type="checkbox"/> Розумове порушення	<input type="checkbox"/> Хромосомний розлад	<input type="checkbox"/> Невралгічний стан	
<input type="checkbox"/> Затримка розвитку			
Заявка щодо визначення інвалідності			
Чи подавав заявник заявку про надання йому соціальної допомоги у зв'язку з інвалідністю (Social Security Disability Benefits), про отримання додаткового доходу (Supplemental Security Income) або про медичну допомогу поза грантами DSHS (DSHS Non-Grant Medical Assistance) у минулому році? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
<b>Інформація про представника</b>			
Ім'я	Ініціал другого імені	Прізвище	Основна мова
Поштова адреса (якщо відмінна) Місто Штат Поштовий індекс			Необхідна допомога перекладача: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Потрібен переклад: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Основний номер телефону ( ) -	<input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Робота <input type="checkbox"/> Повідомлення	Інший номер телефону ( ) -	<input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Робота <input type="checkbox"/> Повідомлення
Адреса електронної пошти			
Тип і роль відносин	Правові відносини (Додані документи)		Проживає разом із заявником <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ім'я іншого представника / Роль / Адреса електронної пошти			
Ім'я іншого представника / Роль / Адреса електронної пошти			
<b>Підпис(и)</b>			
Підпис повнолітнього заявника			Дата
Підпис одного з батьків або законного представника		Дата	Правові відносини

## Інструкції щодо запиту на визначення права на реєстрацію щодо отримання послуг DDA

**Список необхідних додатків** Ця заявка не може бути прийнята без необхідних додатків.

- Підписана заява, усі розділи якої заповнені.
- Підписана форма HIPAA (повідомлення про норми конфіденційності).
- Підписаний дозвіл про обмін конфіденційною інформацією - з номерами телефонів усіх контактних осіб. Заявники віком 13 років і старше повинні підписати заяву.
- Якщо є законний представник, копії документів про опіку чи інші судові документи, що підтверджують повноваження.

**Інформація про заявника** Заявник – це особа, для якої подається запит на реєстрацію щодо отримання послуг DDA.

**Ім'я заявника:** Вкажіть офіційне ім'я заявника. Не вказуйте прізвиська.

**Дата народження:** Вкажіть місяць, число та рік народження заявника.

**Стать:** Виберіть відповідь, яка характеризує стать заявника, або вкажіть «Невідома / Не повідомляється», якщо заявник вважає за краще не відповідати на це питання.

**Сімейний стан заявника:** Зазначте поточний сімейний стан заявника.

**Комунікація:** Зазначте методи комунікації заявника. Якщо заявнику потрібен перекладач або переклад письмової кореспонденції на іншу мову, відмітьте поле поруч із позначкою «Так». Вкажіть, чи заявник розмовляє, розуміє або володіє англійською мовою обмежено. Зазначте основну мову усного та письмового спілкування або спосіб комунікації заявника, включаючи американську мову жестів (American Sign Language, ASL) або іншу мову жестів, шрифт Брайля, або чи користується заявник телефоном із текстовим набором або іншими комунікаційними пристроями.

**Племінна реєстрація:** Зазначте, чи є заявник членом будь-якого племені. Якщо ні, зазначте «Не стосується»

**Номер соціального страхування:** Зазначте номер соціального страхування заявника, якщо він є.

**Освіта:** Зазначте найвищий рівень або тип освіти, який отримав заявник.

**Етнічні коди:** Вкажіть відповіді, які найкраще описують етнічну приналежність заявника.

**Південноамериканець:** Якщо заявник південноамериканець, вкажіть ТАК.

**Medicare:** Якщо заявника застраховано за програмою Medicare, виберіть «Так». Зазначте тип (типи) Medicare: A, B, C, D.

**Інше страхування:** Якщо застосовно, вкажіть назви інших планів страхування (державних або приватних).

**Звичайні умови проживання заявника:** Відмітьте поле поруч з відповіддю, яка найкращим чином описує поточні житлові умови заявника.

**Контактна інформація:** Зазначте поточну адресу мешкання, поштову адресу та номер(и) телефону заявника.

**Шкільні округи:** Зазначте шкільні округи, у яких заявник відвідує учбові заклади – зазначте номер телефону для кожного округу. Якщо ви хотіли би, щоб ми запитали записи, слід перелічити назви шкільних округів у Згоді.

**Причини подання заявки:** Зазначте причини подання заяви, а також перелічіть послуги, в отриманні яких зацікавлені заявник або його родина.

**Порушення розвитку:** Зазначте один або декілька діагнозів, які були поставлені заявникові, та вік, у якому відповідні розлади було діагностовано вперше. Якщо потрібно, зазначте детальну інформацію на додаткових аркушах.

**Заявки щодо інвалідності:** Зазначте, чи подавав заявник заяву про визначення в нього інвалідності минулого року. Такою заявою може бути заявка щодо отримання соціальної допомоги у зв'язку з інвалідністю (Social Security Disability Benefits), щодо отримання додаткового доходу (Supplemental Security Income) або щодо медичної допомоги поза грантами DSHS (DSHS Non-Grant Medical Assistance). Ця інформація допоможе нам знайти відповідні записи.

**Інформація про представника:** Ім'я та контактна інформація особи, яка зможе зв'язатися із заявником або надати нам контактну інформацію, якщо ми не зможемо зв'язатися із заявником. **Основна мова:** Зазначте мову, та вкажіть, чи потрібні послуги усного або письмового перекладача.

**Тип відносин / Роль:** Зазначте, звідки представник знає заявника або які має відносини з заявником.

**Офіційний представник:** Зазначте правові відносини, якщо такі мають місце. Офіційним представником є батько/мати дитини, якій ще не виповнилося вісімнадцять років, який/яка вповноважений(-а) приймати рішення від імені дитини; офіційний опікун особи; опікун особи з обмеженими повноваженнями, який має право приймати рішення щодо лікування / медичного догляду заявника від імені останнього; повірений у суді адвокат особи; представник особи, що діє за дорученням (доручення на виконання адвокатських/представницьких функцій із правом приймати рішення про медичне обслуговування / догляд); або інша особа, що, за законом, має право діяти від імені відповідної особи. Документи, які свідчать про правові відносини, мають бути додані до заявки.

**Підпис заявника та/або законного представника** якщо заявнику не виповнилося 18 років, його батько/мати або законний представник повинні підписати та датувати заявку. Якщо заявникові 18 або більше років, підписувати та датувати заявку можуть як сам заявник, так і його законний представник.

**Поверніть заявку та необхідні додатки до відповідного офісу, вказаного нижче.**

**Відділення регіону 1 (округи, що обслуговуються:** Адамс, Асотін, Бентон, Челан, Колумбія, Дуглас, Феррі, Франклін, Гарфілд, Грант, Кіттінгас, Клікитет, Лінкольн, Оканоган, Панд-Орей, Спокан, Стівенс, Уалла-Уалла, Уйтмен, Якіма)

1611 W Indiana Ave

Spokane, WA 99205-4221

Безкоштовний номер: 1-800-462-0624

**Відділення регіону 2 (округи, що обслуговуються:** Айленд, Кінг, Сан-Хуан, Скаджит, Снохоміш, Уотком 20311 52<sup>ND</sup> Ave W Ste 302

Lynnwood, WA 98036-3901

Безкоштовний номер: 1-800-788-2053

**Відділення регіону 3 (округи, що обслуговуються:** Клалем, Кларк, Кауліц, Грейс-Харбор, Джеферсон, Кітсеп, Л'юїс, Мейсон, Пасіфік, Пірс, Скаманія, Терстон, Уакіакум)

1305 Tacoma Ave S Ste 300

Tacoma, WA 98402-1903

Безкоштовний номер: 1-800-248-0949

Щоб отримати додаткову інформацію про права на пільги DDA, відвідайте:

<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.