

DDA HCBS 웨이버 등록 신청

또는 한 DDA HCBS 웨이버에서 다른 웨이버 서비스로의 변경 신청

**Request for Enrollment in DDA HCBS Waiver
or Request to Change from One DDA HCBS Waiver to Another**

지침: 본 양식을 사용하여 DDA HCBS 웨이버를 요청할 수 있습니다.

보충 자료를 추가할 수 있습니다. 일단 양식을 기입하면 DDA 로 다시 보내주십시오. 신청을 하시면 DDA 에서 서면으로 답변해 드릴 것입니다.

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 귀하의 사례 매니저에게 도움을 청하거나 워싱턴주 장애인 권리 사무소, (800) 562-2702 또는 (800) 905-0209(TTY) 또는 (206) 324-1521 또는 (206) 957-0728(TTY)번으로 전화하십시오.

이용할 수 있는 DDA 의 5 가지 HCBS 웨이버 서비스에 관한 더 자세한 정보를 원하시면 아래 DDA 인터넷 사이트에 접속해 **Waiver Plan Fact Sheet** 및 **DDA HCBS Waiver Brochure** 를 열람하거나, 아니면 지역 사무소에 연락해 이들 사본을 요청하실 수 있습니다.

<https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/home-and-community-based-waivers-hcbs>

본인 이름		생년월일
-------	--	------

DDA 수혜자 번호(알고 있을 경우)	사례 관리자 이름(있는 경우)	전화번호
----------------------	------------------	------

본인 주소	시	주	우편번호
-------	---	---	------

보호자/법적 대리인 이름	전화번호
---------------	------

보호자/법적 대리인의 주소	시	주	우편번호
----------------	---	---	------

한 웨이버 서비스에 등록하기를 원합니다 또는 다른 웨이버 서비스로 변경하기를 원합니다:

다음 서비스가 필요합니다:(필요할 경우 다른 용지를 사용해 첨부하십시오.)

신청을 보충하기 위한 문서를 제출합니다. 예 아니오

'예'라고 답한 경우 신청서에 해당 문서(들)를 첨부하십시오.

수혜자 서명	날짜
--------	----

HCBS 웨이버에 대하여 요청할 수 있는 다른 방법이 있나요?

홈 및 커뮤니티 기반 웨이버(Home and Community Based Waiver)에 등록 요청을 하려면:

<https://www.dshs.wa.gov/dda/service-and-information-request> 를 방문하여 온라인 서비스 및 정보 요청 양식을 기입하여 제출하시면 됩니다.

구두로 신청하려면 지역 사무실로 전화하십시오(지역 사무소 연락처 정보는 이 신청서 마지막 페이지에 나와 있음).

지역 사무실에 어떻게 연락할 수 있나요?

다음 링크를 이용하여 지역 사무실로 연락하거나 아래의 정보를 사용하시면 됩니다.

지역 사무소 연락처

<https://www.dshs.wa.gov/DDA/find-dda-office>

1 지역 본부 북부

1611 West Indiana Avenue

Spokane, WA 99205-4221

지역: (509) 329-2900

팩스: (509) 568-3037

수신자 부담 전화: 1-800-462-0624 (TTY / VOICE)

이메일: R1ServiceRequestA@dshs.wa.gov

1 지역 본부, 남부

3700 Fruitvale Blvd., Suite 200

Yakima, WA 98902-1100

PO Box 12500

Yakima, WA 98909-1100

지역: (509) 225-4620

팩스: (509) 574-5607

수신자 부담 전화: 1-800-822-7840 (TTY / VOICE)

이메일: R1ServiceRequestB@dshs.wa.gov

2 지역 본부 북부

840 North Broadway

Building B, Suite 540

Everett, WA 98201-1288

지역: (425) 740-6400

팩스: (425) 252-1363

수신자 부담 전화: 1-800-788-2053 (TTY / VOICE)

이메일: R2ServiceRequestA@dshs.wa.gov

2 지역 본부, 남부

1700 East Cherry Street

Seattle, WA 98122

지역: (206) 568-5700

팩스: (206) 720-3334

수신자 부담 전화: 1-800-314-3296 (TTY / VOICE)

이메일: R2ServiceRequestB@dshs.wa.gov

3 지역 본부 북부

1305 Tacoma Avenue South, Suite 300

Tacoma, WA 98402

지역: (253) 404-5500

팩스: (253) 597-4368

수신자 부담 전화: 1-800-248-0949 (TTY / VOICE)

이메일: R3ServiceRequestA@dshs.wa.gov

3 지역 본부, 남부

Point Plaza East, Bldg. 2, 3rd Floor

6860 Capitol Blvd. SE

PO Box 45315

Olympia WA 98504-5315

지역: (360) 725-4250

팩스: (360) 586-6502

수신자 부담 전화: 1-800-339-8277 (TTY / VOICE)

이메일: R3ServiceRequestB@dshs.wa.gov