



# የአዕምሮ እና የእድገት የአካል ጉዳተኞች አገልግሎቶች ጥያቄ እና ማመልከቻ

**አላማ:-** የአዕምሮ እና የእድገት የአካል ጉዳት ላለባቸው አዋቂዎች አገልግሎቶችን እና ድጋፎችን መጠየቅ

**ተልዕኮ:-** የአካል ጉዳተኝነት አገልግሎቶች ዲፓርትመንት (ዲፓርትመንት ኦን ዲቪዥን ሲቪል ሰርቪስስ) በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ ባሉ ሁሉም አካባቢዎች ውስጥ ያሉ አካል ጉዳተኞች እንደ የቤተሰቦቻቸው፣ ትምህርት ቤቶች፣ የስራ ቦታዎች እና ማህበረሰቦች ዋና አባላት ትርጉም ያለው እና ውጤታማ ህይወት እንዲሙሩ የሚያስችላቸው አዳዲስ ክፍተኛ ጥራት ያላቸው አገልግሎቶችን ይሰጣል።

አገልግሎቶችን ለመቀበል ሁለቱንም መስፈርቶች ማሟላት አለብዎት፡-	
የዲሲ ኗሪነት	የአዕምሮ እና የእድገት እክል ያለበት ሰው
<b>መመሪያዎችን ማስገባት</b>	
1. ይህን ቅጽ ይሙሉ	
2. የእነዚህን የሚያስፈልጉ ሰነዶች ቅጂ ይሰጥሱ፡-	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• የልደት ምስክር ወረቀት ወይም የግዛት መታወቂያ</li> <li>• የማህበራዊ ዋስትና ካርድ (ካላ)</li> <li>• የነዋሪነት ማረጋገጫ (ማለትም የአሁን የኪራይ ውል፣ የፍጆታ ክፍያ ደረሰኝ፣ ህጋዊ የማህበራዊ ዋስትና መግለጫ)</li> <li>• ከተቻለ፣ የእድገት ሁኔታ ምርመራን የሚያረጋግጡ የህክምና ማህደሮች (ሜዲካል ሪከርድስ)</li> </ul>	
የሚከተሉትን ሰነዶች ይሰጥሱ (ካላ)፡-	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• የአዕምሮ ወይም የእድገት የአካል ጉዳትን የሚያረጋግጡ የስነልቦና ምዘናዎች</li> <li>• የትምህርት ቤት ማህደሮች (ስኩል ሪከርድስ)/የግለሰብ ትምህርት እቅድ (IEP)</li> <li>• አዕምሮአዊ ምዘናዎች</li> <li>• የንግግር ቋንቋ ምዘናዎች</li> <li>• የስራ ህክምና ምዘናዎች</li> <li>• የአካል ህክምና ምዘናዎች</li> <li>• የሙያ ግምገማዎች</li> <li>• ከሃኪም የአሁን የአካል ወይም የህክምና ቅጽ</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>DDS እነዚህን ሰነዶች በመሰብሰብ እንዲረዳኝ እፈልጋለሁ።</b>	
3. ከሚከተሉት መንገዶች በአንዱ ቅጹን እና ሰነዶችን ያስገቡ፡-	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ኢሜይል</b> (እንደ PDF አባሪ) ለ፡- <a href="mailto:dds-dda.intake@dc.gov">dds-dda.intake@dc.gov</a></li> <li>• <b>ፖስታ</b> ለ፡- Department on Disability Services, Intake Department, 250 E Street, SW, Washington, DC 20024</li> <li>• <b>በአካል</b> ለ፡- 250 E Street SW, Washington, DC 20024   M-F, 8:30 am – 5:00 pm</li> </ul>	

PDC የአካል ጉዳት አገልግሎቶች መምሪያ | በዚህ ቅጽ እርዳታ ለማግኘት 202.730.1700 ያነጋግሩ



**የአዕምሮ እና እድገት እክሎች አገልግሎቶች ጥያቄ እና ማመልከቻ**

አገልግሎቶችን የሚቀበለው ሰው			
መጠሪያ ስም:-	የአያት ስም:-	DOB:-	
ኢሜይል:-	ስልክ:-	SSN:-	
አድራሻ:-	Washington, DC		ዚፕ:-
Medicaid #:-	<input type="checkbox"/> እባክዎ ለMedicaid ምዝገባ እርዳታ ያቅርቡ።		

የቤተሰብ አባል/ድጋፍ ሰጪ/ተንኮባካቢ			
መጠሪያ ስም:-	የአያት ስም:-		
ግንኙነት:-	ኢሜይል:-	ስልክ:-	
አድራሻ:-	ከተማ:-	ግዛት:-	ዚፕ:-

**ምን አይነት አገልግሎቶች እና ድጋፎች ያስፈልጋሉ?**  
ይህ መረጃ DDS ስለ ተገቢው የሆነ የአገልግሎት እቅድ ከእርስዎ ጋር ውይይት እንዲጀምር ይረዳዎል።

---



---



---

**ፊርማ**

ከላይ የተሰጡት መግለጫዎች እስከማውቀው ድረስ፣ መረጃዬ፣ እና እምነቴ እውነት እና ትክክለኛ መሆናቸውን እገልጻለሁ። በእነዚህ ሁኔታዎች ማንኛውም ጉልህ የሆኑ ለውጦች ወዲያውኑ ለ DDS እንዲታወቁ መደረግ አለባቸው።

አንዱን ምልክት  አገልግሎቶችን የሚጠይቅ ሰው  ህጋዊ አሳዳጊ  ዘላቂ የጠበቃ ስልጠን ያድርጉ።

የአመልካች ስም:-	የአመልካች ፊርማ:-	ቀን:-
ስም:-	ፊርማ:-	ቀን:-

**ማመልከቻዎ በሚጠናቀቅበት ጊዜ ማሳወቂያ ይደርስዎታል።**

**ለረጅም ምንጭ አጠቃቀም ብቻ**

የረጅም ድርጅት:-  CFSA  DCPS  HSCSN  ሌላ:-

የሚልክው ሰው ስም:-  ስልክ:-

# የተመዘገበ መረጃ ለማግኘት ወይም ለመለቀቅ ስምምነት

DDS ብቁነት ለማውጣት ወይም ተገቢ የሆነ የአገልግሎት እቅድ ለማዘጋጀት ተጨማሪ መረጃ ሊያስፈልገው ይችላል። ይህንን ቅጽ በመሙላት፣ DDS እርስዎን የሚወክሉ ሃኪሞችን እና/ወይም ድርጅቶችን እንዲያነጋግሩ ፈቃድ እየሰጡ ነው።

አገልግሎቶችን የሚቀበለው ሰው			
መጠሪያ ስም:-	የአያት ስም:-	DOB:-	
አድራሻ:-	Washington, DC	ዚፕ:-	

**የሚከተሉትን መዘግብቶች ለመለቀቅ ስምምነት (የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉ):-**

<input type="checkbox"/> የግለሰብ ትምህርት እቅድ (IEP)	<input type="checkbox"/> የሙያ ግምገማዎች	<input type="checkbox"/> ሌላ:-
<input type="checkbox"/> የባህሪ ድጋፍ እቅድ (BSP)	<input type="checkbox"/> የስነ ልቦና ምዘናዎች	
<input type="checkbox"/> የጤና መዝገብ	<input type="checkbox"/> ላብራቶሪዎች/ክሊኒካዊ/የጤና ውሂብ	<input type="checkbox"/> ሌላ:-
<input type="checkbox"/> የጤና እንክብካቤ አስተዳደር እቅድ		

**መዘግብቶች ይፋ የሆኑት በ:-**

የግለሰብ መዘግብቶች ቅጂዎች ሊኖራቸው የሚችሉ 3ቱ ትምህርት ቤቶች፣ ድርጅቶች፣ ወይም የሃኪሞች ቢሮዎች እነማን ናቸው? (ያለፉ የK-12 ትምህርት ቤቶች፣ ሃኪሞች፣ የአገልግሎት ድርጅቶች፣ Medicaid፣ ማህበራዊ ዋስትና፣ ወዘተ።)

1.	ስም/ድርጅት:- ከተማ:-	ግዛት:-	ስልክ:-
2.	ስም/ድርጅት:- ከተማ:-	ግዛት:-	ስልክ:-
3.	ስም/ድርጅት:- ከተማ:-	ግዛት:-	ስልክ:-

ለ:- የአካል ጉዳት አገልግሎቶች መምሪያ ለሚከተሉት አላማዎች:- ለሁለቱም ለአሁን እና ለወደፊት የሚተገበር ብቁነትን ለመወሰን እና ለአገልግሎቶች እቅድ ለማውጣት። ይህ ስምምነት እና መለቀቅ ከተፈረመበት ቀን ጀምሮ በአንድ አመት የአገልግሎት ጊዜው ያበቃል። ለኮሎምቢያ ዲስትሪክት የአዕምሮ ጤና መረጃ የ1978 ህግ መሰረት፣ (በ D.C. ህጋዊ ኮድ § 7-1201.01 et seq.፣ በተለይም § 7-1202.01) በተሻሻለው፣ የአዕምሮ አካል ጉዳት ያለባቸው ዜጎች ህግ፣ (በD.C. ህጋዊ ኮድ § 7-1301.01 et seq.፣ በተለይም § 7-1305.12)፣ የጤና መድሀን ዋስትና ተንቀሳቃሽነት እና ተጠያቂነት የ1996 ህግ፣ በተሻሻለው (Pub. L. No. 104-191)፣ እና ሌሎች የአካባቢ እና የፊደራል ግላዊ ህጎች፣ ከላይ ለተገለጹት አላማዎች የአካል ጉዳት አገልግሎቶች መምሪያ የተመዘገበውን መረጃ እንዲያገኝ እና እንዲለቅ በፈቃደኝነት ተስማምቻለሁ። ይህ ስምምነት እና መለቀቅ በእኔ ጽሁፍ በማንኛውም ጊዜ ሊሰረዝ እንደሚችል ተረድቻለሁ። ይህ መረጃ ያለ እኔ ፈቃድ በድጋሚ ይፋ ሊሆን እንደማይችል ተረድቻለሁ።

**ፈርማ**

አንዱን ምልክት ያድርጉ:-  አገልግሎቶችን የሚጠይቅ ሰው  ህጋዊ አሳዳጊ  ዘላቂ የጠበቃ ስልጣን

ስም:- \_\_\_\_\_ ፈርማ:- \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_

**የተብራራው በ (ለቢሮ ጥቅም ብቻ)**

ድርጅት አቅራቢ/ተወካይ:- \_\_\_\_\_ ቀን:- \_\_\_\_\_

ማዕረግ:- \_\_\_\_\_ ስልክ:- \_\_\_\_\_

PDC የአካል ጉዳት አገልግሎቶች መምሪያ | በዚህ ቅጽ እርዳታ ለማግኘት 202.730.1700 ያነጋግሩ

