

Demande de services et formulaire de demande pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du développement

Objectif : Demander des services et du soutien en faveur des adultes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du développement.

Mission : Le Département des services aux personnes handicapées (DDS) fournit des services innovants de haute qualité visant à permettre aux personnes handicapées de mener une vie utile et productive en tant que membres essentiels de leurs familles, écoles, lieux de travail et communautés dans chacun des quartiers du District de Columbia.

Pour bénéficier de ces services, vous devez satisfaire aux DEUX exigences suivantes :

Être un résident de DC

Être une personne souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du développement

Instructions de soumission

1. Remplissez ce formulaire

2. Apprêtez les photocopies des documents **requis** :

- Certificat de naissance ou carte d'identité nationale
- Carte de sécurité sociale (le cas échéant)
- Preuve de résidence à DC (c'est-à-dire contrat de bail ou facture de services publics en cours, déclaration de sécurité sociale officielle)
- Dossier médical attestant du diagnostic d'un trouble du développement, le cas échéant

Apprêtez les documents suivants (le cas échéant) :

- Évaluations psychologiques attestant d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du développement
- Dossiers scolaires/Plan d'enseignement individualisé (PEI)
- Évaluations psychiatriques
- Évaluations d'orthophonie
- Évaluations d'ergothérapies
- Évaluations de physiothérapie
- Évaluations professionnelle
- Formulaire médical ou état physique actuel du médecin

Je souhaite que le DDS m'aide à rassembler ces documents.

Département des services aux personnes handicapées de DC | Contactez le
202.730.1700 pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire.

3. Soumettez le formulaire et les documents en utilisant l'un des moyens suivants :

- **Par courrier électronique** (en pièce jointe PDF) à l'adresse : dds-dda.intake@dc.gov
- **Courrier postal** à l'adresse suivante : Department on Disability Services, Intake Department, 250 E Street, SW, Washington, DC 20024
- **En personne** au : 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F, 8:30 am – 5:00 pm

Demande de services et formulaire de demande pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du développement

Personne à qui sont destinés les services			
Prénom :	Nom de famille :	DATE DE NAISSANCE :	
Adresse électronique :	Téléphone :	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :	
Adresse :	Washington, DC	Code postal :	
Numéro Medicaid :	<input type="checkbox"/> Veuillez apporter votre aide pour l'inscription à Medicaid.		

Membre de la famille/assistant/soignant			
Prénom :	Nom de famille :		
Lien de parenté :	Adresse électronique :	Téléphone :	
Adresse :	Ville :	État :	Code postal :

Quels sont les services et les soutiens dont vous avez besoin ?
Ces informations permettront au DDS d'entamer avec vous une discussion sur un plan de service approprié.
<hr/> <hr/> <hr/>

Département des services aux personnes handicapées de DC | Contactez le 202.730.1700 pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire.

Signature		
Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont véridiques et exactes au mieux de mes connaissances, informations et convictions. Tout changement important dans ces circonstances sera immédiatement porté à la connaissance du DDS.		
Cochez une case :	<input type="checkbox"/> Personne sollicitant les services	<input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Procuration durable
Nom du demandeur :	Signature du demandeur :	Date :
Nom :	Signature :	Date :

Vous serez informé lorsque votre demande sera complète.

Réservé à l'usage de la source de référence	
Organisation de référence :	<input type="checkbox"/> CFSA <input type="checkbox"/> DCPS <input type="checkbox"/> HSCSN <input type="checkbox"/> Autre :
Nom du référent :	Téléphone :

Consentement à l'obtention ou à la communication d'informations sur le dossier

Le DDS peut avoir besoin d'informations complémentaires pour déterminer l'admissibilité ou élaborer un plan de service approprié. En remplissant ce formulaire, vous autorisez le DDS à contacter des médecins et/ou des organisations en votre nom.

Personne à qui sont destinés les services		
Prénom :	Nom de famille :	DATE DE NAISSANCE :
Adresse :	Washington, DC	Code postal :

Je consens à ce que les données suivantes soient communiquées (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :		
<input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé (PEI)	<input type="checkbox"/> Évaluations professionnelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Plan de soutien du comportement (BSP)	<input type="checkbox"/> Évaluations psychologiques	
<input type="checkbox"/> Dossier médical	<input type="checkbox"/> Données de laboratoire/cliniques/santé	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Plan de gestion des soins de santé		

Documents divulgués par :		
Quels sont les 3 écoles, organisations ou cabinets médicaux les plus susceptibles de détenir des copies des dossiers de la personne ? (par exemple, les anciennes écoles de la maternelle à la 12e année, les médecins, les organismes de services, Medicaid, la sécurité sociale, etc.).		
1. Nom/Organisation :	État :	Téléphone :
Ville :		

Département des services aux personnes handicapées de DC | Contactez le 202.730.1700 pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire.

2.	Nom/Organisation :		
	Ville :	État :	Téléphone :
3.	Nom/Organisation :		
	Ville :	État :	Téléphone :

À : Le Département des services aux personnes handicapées aux fins suivantes : détermination de l'admissibilité et planification des services à mettre en œuvre maintenant et à l'avenir. Ce consentement et cette autorisation expirent un an après la date de signature. Conformément à la loi de 1978 relative aux renseignements sur la santé mentale du District de Columbia, telle qu'amendée (Code officiel de D.C. § 7-1201.01 et suivants, spécifiquement § 7-1202.01), à la loi relative aux citoyens souffrant de handicaps intellectuels (Citizens with Intellectual Disabilities Act), telle qu'amendée (Code officiel de D.C. § 7-1301.01 et suivants, spécifiquement § 7-1305.12), à la loi sur la transférabilité des régimes d'assurance-santé et l'imputabilité (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, tel qu'amendé (Pub. L. No. 104-191), et d'autres lois locales et fédérales sur la protection des renseignements personnels, je consens volontairement à ce que le Département des services aux personnes handicapées obtienne ou communique aux fins susmentionnées les informations contenues dans mon dossier. Je comprends que je peux à tout moment révoquer par écrit ce consentement et cette autorisation. Je comprends que ces informations ne peuvent être divulguées à nouveau sans ma permission.

Signature

Cochez une case : Personne sollicitant les services Tuteur légal Procuration durable

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Expliqué par (à usage de bureaux)

Prestataire/représentant de l'agence : _____ Date : _____

Titre : _____ Téléphone : _____