# 지적 및 발달 장애인 지원 요청서 및 신청서

**목적:** 지적 및 발달 장애를 가진 성인을 위한 지원 요청 및 지원.

**사명:** 장애 복지부(Department on Disability Services, DDS)는 컬럼비아 특별구 내 장애인이 가정, 학교, 직장 및 공동체에서 주요 구성원으로 활동하며, 유의미하고 생산적인 삶을 영위하도록 돕는 고품질 서비스를 제공합니다.

|  |
| --- |
| **지원을 받기 위해서는 다음 두 가지 요건을 모두 만족해야 합니다.** |
| DC 거주민 | 지적 및 발달 장애인  |
| **제출 지침** |
| 1. 본 양식을 작성하십시오.
 |
| 1. 다음 **필수** 서류의 사본을 제출하십시오.
* 출생 증명서 또는 주 ID
* 사회 보장 카드(가능한 경우)
* DC 거주 증명서(예, 임대차 계약서 또는 공과금 고지서, 공식 사회 보장 명세서)
* 발달 상태 진단을 증명하는 진료 기록(해당되는 경우)

 다음 서류를 제출하십시오(가능한 경우).* 지적 및 발달 장애를 증명하는 정신 감정
* 생활기록부/ 개별 교육 계획(Individual Education Plan, IEP)
* 정신 감정
* 음성언어 평가
* 작업치료 평가
* 물리치료 평가
* 직업 평가
* 의사가 제공한 현재 신체 또는 의료 양식
* **본인은 DDS가 해당 서류를 수집하는 것에 대해 협조적으로 응할 것입니다.**
 |
| 1. 다음 방법 중 하나로 양식 및 서류를 제출하십시오.
* **이메일**(PDF로 첨부): dds-dda.intake@dc.gov
* **우편**: Department on Disability Services, Intake Department, 250 E Street, SW, Washington, DC 20024
* **방문 제출**: 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | 월-금, 오전 8시 30분 – 오후 5시
 |

# 지적 및 발달 장애인 지원 요청서 및 신청서

|  |
| --- |
| **지원 대상자** |
| 이름: | 성: | 생년월일: |
| 이메일: | 전화번호: | 사회 보장 번호(SSN): |
| 주소: | Washington, DC | 우편번호: |
| Medicaid #: | * Medicaid 등록을 위한 지원을 부탁드립니다.
 |

|  |
| --- |
| **가족 구성원/후원자/간병인** |
| 이름: | 성: |
| 관계: | 이메일: | 전화번호: |
| 주소: | 시: | 주: | 우편번호: |

|  |
| --- |
| **필요한 서비스 및 지원** 해당 정보는 DDS가 적절한 지원계획 제공을 위해 귀하와 상담하는 데에 도움이 됩니다. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **서명** |
| 본인은 위의 진술이 본인이 아는 지식, 정보 및 신념에 따라 사실이며 정확함을 선언합니다. 이러한 상황에 중대한 변화가 생길 경우, DDS에 즉각 알릴 것입니다. |
| 하나 선택: | * 지원 신청자
 | * 법적 보호자
 | * 지속적 위임장(Durable POA)
 |
| 신청자이름: | 신청자서명: | 날짜: |
| 이름: | 서명: | 날짜: |

# 신청이 완료되면 알려드립니다.

|  |
| --- |
| **의뢰인만 작성 가능** |
| 의뢰 기관: | * CFSA
 | * DCPS
 | * HSCSN
 | * 기타:
 |
| 의뢰인 이름: | 전화번호: |

# 기록 정보 수집 또는 공개 동의

DDS는 자격을 확인하거나 적절한 지원 계획을 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 본 양식 작성을 통해 귀하는 DDS가 귀하를 대신하여 의사 및/또는 관련 기관에 연락할 수 있는 권한을 부여합니다.

|  |
| --- |
| **지원 대상자** |
| 이름: | 성: | 생년월일: |
| 주소: | Washington, DC | 우편번호: |

|  |
| --- |
| **다음 기록의 공개 동의**(해당 사항 모두 선택):  |
| * 개별 교육 계획(IEP)
* 행동 지원 계획(BSP)
* 건강 기록(Health Record)
* 건강 관리 계획(Health Care Management Plan)
 | * 직업 평가
* 정신 감정
* 검사결과/임상/건강 데이터
 | * 기타:
 |
| * 기타:
 |
| **공개 기록:** |  |
| 개인 기록의 사본을 보유하고 있을 가능성이 가장 높은 학교, 기관, 진료소 3곳은 어디입니까?(예: 과거 K-12 학교, 의사, 지원 기관, Medicaid, 사회 보장 등). |
| 1. | 이름/기관명: |
| 시: | 주:  | 전화번호: |
| 2. | 이름/기관명: |
| 시: | 주:  | 전화번호: |
| 3. | 이름/기관명: |
| 시: | 주:  | 전화번호: |

참고: 장애 복지부는 자격 판정 및 현재와 미래에 모두 적용할 수 있는 지원 계획 수립을 목적으로 합니다. 본 동의 및 정보 공개는 서명일로부터 1년 후 만료됩니다. 1978년 컬럼비아 특별구 정신 건강 정보법(District of Columbia Mental Health Information Act of 1978)(D.C. Official Code § 7-1201.01 이하 참조, 특히 § 7-1202.01) 개정, 지적 장애 시민법(Citizens with Intellectual Disabilities Act)(D.C. Official Code § 7-1301.01 이하 참조, 특히 § 7-1305.12) 개정, 1996년 연방의료보험통상책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)(Pub.L. No. 104-191) 개정 및 지역 및 연방 개인정보 보호법에 따라, 본인은 상기 명시된 목적을 위해 장애 복지부가 기록 정보를 수집하거나 공개하는 데 자발적으로 동의합니다. 본인은 해당 동의 및 정보 공개를 언제든지 서면으로 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 해당 정보가 본인 동의 없이 재공개될 수 없음을 이해합니다.

|  |
| --- |
| **서명** |
| 하나 선택: | * 지원 신청자
 | * 법적 보호자
 | * 지속적 위임장(Durable POA)
 |
| 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **설명**(해당 부서에서 작성) |
| 기관 관계자/대리인:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 직함: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 전화번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |