

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.

2. 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.

3. 다음 방법 중 하나로 양식 및 서류를 제출하십시오.

- 이메일(PDF로 첨부): dds-dda.intake@dc.gov

DC Department on Disability Services | 양식 작성 도움은 202.730.1700 로 문의

- **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 #:	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 지원 신청자 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 지속적 위임장(Durable POA)

DC Department on Disability Services | 양식 작성 도움은 202.730.1700로 문의

신청자 이름:	신청자 서명:	날짜:
이름:	서명:	날짜:

신청이 완료되면 알려드립니다.

의뢰인만 작성 가능			
의뢰 기관:	<input type="checkbox"/> CFSA	<input type="checkbox"/> DCPS	<input type="checkbox"/> HSCSN <input type="checkbox"/> 기타:
의뢰인 이름:	전화번호:		

기록 정보 수집 또는 공개 동의

DDS 는 자격을 확인하거나 적절한 지원 계획을 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 본 양식 작성을 통해 귀하는 DDS 가 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):		
<input type="checkbox"/> 개별 교육 계획(IEP)	<input type="checkbox"/> 직업 평가	<input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 행동 지원 계획(BSP)	<input type="checkbox"/> 정신 감정	<input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 건강 기록(Health Record)	<input type="checkbox"/> 검사결과/임상/건강 데이터	
<input type="checkbox"/> 건강 관리 계획(Health Care Management Plan)		

공개 기록:		
개인 기록의 사본을 보유하고 있을 가능성이 가장 높은 학교, 기관, 진료소 3 곳은 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: _____

DC Department on Disability Services | 양식 작성 도움은 202.730.1700 로 문의

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: _____