

Yêu Cầu Và Ứng Dụng Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ Và Khuyết Tật Phát Triển

Mục đích: Yêu cầu các dịch vụ và sự hỗ trợ dành cho người trưởng thành mắc các khiếm khuyết trí tuệ và phát triển.

Sứ mệnh: Phòng Dịch vụ Khuyết Tật (DDS, Department on Disability Services) cung cấp các dịch vụ tiên tiến chất lượng cao giúp người khuyết tật có được đời sống ý nghĩa và năng suất với tư cách là thành viên quan trọng của gia đình, trường học, nơi làm việc và cộng đồng của họ tại mọi khu dân cư ở DC.

Quý vị phải đạt CẢ HAI yêu cầu để được nhận các dịch vụ:

Cư dân/Người cư trú DC

Người bị khuyết tật trí tuệ hoặc khuyết tật phát triển

Hướng Dẫn Đăng Ký

1. Hoàn thành đơn này

2. Thu thập bản sao của những tài liệu **bắt buộc** này:

- Giấy khai sinh hoặc thẻ ID của tiểu bang
- Thẻ an sinh xã hội (nếu có)
- Bằng chứng cư trú DC (vd: hợp đồng thuê nhà hoặc hóa đơn tiện ích hiện tại, tuyên bố An Sinh Xã Hội chính thức)
- Hồ Sơ Bệnh Án có lưu trữ chuẩn đoán về bệnh lý phát triển, nếu có

Thu thập các tài liệu sau (nếu có):

- Đánh giá tâm lý có lưu trữ khiếm khuyết trí tuệ hoặc khiếm khuyết phát triển
- Học Bạ/Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP, Individual Education Plan)
- Đánh Giá Tâm Thần
- Đánh Giá Ngôn Ngữ Nói
- Đánh Giá Điều trị Chức Năng
- Đánh Giá Vật Lý Trị Liệu
- Đánh Giá Phục Hồi Chức Năng
- Đơn thể chất hoặc y tế hiện tại từ bác sĩ

Tôi muốn DDS hỗ trợ tôi thu thập những tài liệu này.

3. Nộp đơn và tài liệu bằng một trong những cách sau:

- **Email** (định dạng đính kèm PDF) tới: dds-dda.intake@dc.gov

Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật DC | Liên hệ số 202.730.1700 để được trợ giúp với đơn này.

- **Gửi qua thư** tới địa chỉ: Department on Disability Services, Intake Department, 250 E Street, SW, Washington, DC 20024
- **Nộp trực tiếp** tới: 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F, 8:30 am – 5:00 pm

Yêu Cầu Và Ứng Dụng Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ Và Khuyết Tật Phá Triển

Người Sẽ Được Nhận Dịch Vụ			
Tên:	Họ:	Ngày sinh:	
Email:	Điện thoại:	SSN (Số An Sinh Xã Hội):	
Địa chỉ:	Washington, DC	ZIP:	
Medicaid Số:	<input type="checkbox"/> Vui lòng cung cấp hỗ trợ đăng ký nhận Medicaid.		

Thành Viên Gia Đình/Người Trợ Giúp/Người Chăm Sóc			
Tên:	Họ:		
Mối quan hệ:	Email:	Điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	ZIP:

Quý vị cần các dịch vụ và hỗ trợ gì?
Thông tin này sẽ giúp DDS bắt đầu một cuộc đối thoại với quý vị về chương trình dịch vụ phù hợp.

Chữ Ký
Tôi tuyên bố rằng tuyên bố được đưa ra phía trên là đúng sự thật và chính xác với hiểu biết tốt nhất của tôi. Bất kỳ thay đổi đáng kể nào trong các trường hợp này sẽ được thông báo cho DDS ngay lập tức.

Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật DC | Liên hệ số 202.730.1700 để được trợ giúp với đơn này.

Đánh Dấu Vào Một Ô:	<input type="checkbox"/> Người Yêu Cầu Dịch Vụ	<input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp	<input type="checkbox"/> Giấy Ủy Quyền Pháp Lý Dài Hạn
Tên Người Đăng Ký:	Chữ Ký Người Đăng Ký:	Ngày:	
Người Đăng Ký:	Người Đăng Ký:	Ngày:	

Quý vị sẽ được thông báo khi đơn đăng ký của quý vị hoàn thành.

Chi Dừng Các Nguồn Lực Giới Thiệu			
Các Tổ Chức Giới Thiệu:	<input type="checkbox"/> CFSA	<input type="checkbox"/> DCPS	<input type="checkbox"/> HSCSN <input type="checkbox"/> Khác:
Tên Người Giới Thiệu:	Điện thoại:		

Cho phép Nhận Hoặc Công Bố Thông Tin Hồ Sơ

DDS có thể cần thêm thông tin để thiết lập điều kiện hội đủ hoặc xây dựng một chương trình dịch vụ phù hợp. Với việc hoàn thành đơn này, quý vị sẽ cho phép DDS thay mặt quý vị liên hệ với các bác sĩ và/hoặc các tổ chức.

Người Sẽ Được Nhận Dịch Vụ			
Tên:	Họ:	Ngày sinh:	
Địa chỉ:	Washington, DC	ZIP:	

Cho phép tiết lộ các hồ sơ sau (đánh dấu tất cả các ô thích hợp):		
<input type="checkbox"/> Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân (IEP, Individual Educational Plan)	<input type="checkbox"/> Đánh Giá Phục Hồi Chức Năng	<input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Chương Trình Hỗ Trợ Hành Vi (BSP, Behavior Support Plan)	<input type="checkbox"/> Đánh Giá Tâm Lý	<input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Y Tế	<input type="checkbox"/> Dữ Liệu Phòng Xét Nghiệm/Phòng Khám/ Y Tế	<input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Chương Trình Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe		

Hồ sơ được tiết lộ bởi:		
3 trường học, tổ chức hoặc văn phòng bác sĩ có khả năng nắm giữ bản sao của cá nhân cao nhất là gì? (vd: trường Mầm Non-Lớp 12 từng học, bác sĩ, cơ quan dịch vụ, Medicaid, An Sinh Xã Hội, v.v).		
1.	Tên/Tổ Chức: Thành phố:	Tiểu bang: Điện thoại:
2.	Tên/Tổ Chức: Thành phố:	Tiểu bang: Điện thoại:

Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật DC | Liên hệ số 202.730.1700 để được trợ giúp với đơn này.

Tên/Tổ Chức:		
3.	Thành phố:	Tiểu bang: Điện thoại:

Tôi: Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật với mục đích: quyết định điều kiện hội đủ và lên kế hoạch cho các dịch vụ nhằm áp dụng cho cả hiện tại và trong tương lai. Đơn chấp thuận và tiết lộ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký tên. Theo Đạo Luật Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần DC 1978, đã được tu chính (Bộ Luật DC Chính Thức § 7-1201.01 et seq., đặc biệt là § 7-1202.01), Đạo Luật Công Dân Mắc Khiếm Khuyết Trí Tuệ, đã được tu chính (Bộ Luật DC Chính Thức § 7-1301.01 et seq., đặc biệt là § 7-1305.12), Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế 1996, đã được tu chính (Pub. L. Số 104-191), và các đạo luật quyền riêng tư khác của địa phương và liên bang, tôi tự nguyện cho phép Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật thu thập hoặc tiết lộ thông tin hồ sơ với mục đích đã ghi phía trên. Tôi hiểu rằng đơn cho phép và tiết lộ này có thể được tôi thu hồi bằng văn bản vào bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng thông tin này có thể không được tiết lộ tiếp mà không được tôi cho phép.

Chữ Ký

Đánh Dấu Vào Một Ô: Người Yêu Cầu Dịch Vụ Người Giám Hộ Hợp Pháp Giấy Ủy Quyền Pháp Lý Dài Hạn

Tên: _____ Chữ ký: _____ Ngày: _____

Được giải thích bởi (dành cho sử dụng tại văn phòng)

Cơ Quan Cung Cấp/Người Đại Diện: _____ Ngày: _____

Chức Vụ: _____ Điện thoại: _____

Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật DC | Liên hệ số 202.730.1700 để được trợ giúp với đơn này.