



የአእምሮአዊ የአካል ጉዳቶች አገልግሎቶች መጠየቂያ

ዓላማ፡- የአእምሮአዊ የአካል ጉዳቶች ላሉባቸው ጎልማሶች አገልግሎቶችን እና ድጋፎችን መጠየቅ

ተልዕኮ፡- የአካል ጉዳት አገልግሎቶች የዲ.ሲ. መምሪያ (DC Department on Disability Services (DDS)) በኮሎምቢያ ዲስትሪክት ውስጥ የአካል ጉዳቶች ያሉባቸው ሰዎች በቤተሰቦቻቸው፣ በትምህርት ቤቶች፣ በሥራ ቦታዎች፣ እና በሁሉም ሠፈሮች ውስጥ በሚገኙ ማህበረሰቦች ውስጥ ትርጉም ያለው እና ውጤታማ ሕይወትን መኖር እንዲችሉ የሚያደርጉ በዓይነታቸው የመጀመሪያ የሆኑ ከፍተኛ የጥራት ደረጃ ያላቸውን አገልግሎቶች ይሰጣል። በቤት ለቤት የማህበረሰብ አቀፍ አገልግሎቶች (Home Community Based Services (HCBS) Waiver ፕሮግራም በኩል በቤት ውስጥ ምቹ የሆኑ ድጋፎችን፣ የማህበረሰብ ግብዓቶችን፣ የአገልግሎት ማስተባበር ሥራዎችን፣ የስቴት የመድን ሽፋን አገልግሎቶችን በፕሮግራሙ የሚሰጡ አገልግሎቶችን መዳረሻ መንገድ እንሰጣለን።

አገልግሎቶችን ለማግኘት ሁሉንም ሦስት መስፈርቶች ማሟላት አለብዎት፡-

የዲ.ሲ. ነዋሪ	አእምሮአዊ የአካል ጉዳት	ተቻችሎ ኑሮን መግፋት ላይ አስቸጋሪ ሁኔታን የሚፈጥሩ ሁለት ተደራራቢ እንክኖች
-----------	-----------------	---

የጥያቄ የማሰገቢያ መመሪያዎች

1. ይህን ቅጽ ይሙሉት

2. የእነዚህ አስፈላጊ የሆኑ ሰነዶችን ቅጂ ፎቶ ኮፒ ያዘጋጁ፡-

- የልደት ምስክር ወረቀት ወይም በስቴት የተሰጠ መታወቂያ
- የማህበራዊ ዋስትና ካርድ
- የዲ.ሲ. ነዋሪነት ማረጋገጫ (ለምሳሌ፣ አሁን ያለ የቤት ክራይ ውል ወይም የሙብራትና የውሃ መክፈያ ደረሰኝ፣ አፊሴላዊ የማህበራዊ ዋስትና መግለጫ ሰነድ)

የሚከተሉትን ሰነዶች ያዘጋጁ (ሊገኙ የሚችሉ ከሆነ)፡-

- አእምሮአዊ የአካል ጉዳት እንዳለ በሰነድ የሚያረጋግጡ ሥነ ልቦናዊ የሕክምና ምርመራ ውጤቶች
- ተቻችሎ ኑሮን መግፋት ላይ አስቸጋሪ ሁኔታን የሚፈጥሩ ሁለት ተደራራቢ እንክኖች እንዳሉ በሰነድ የሚያረጋግጡ ሥነ ልቦናዊ የሕክምና ምርመራ ውጤቶች
- ከዶክተር የተሰጠ አሁን ያለን አካላዊ ወይም የጤና መግለጫ ቅጽ

እነዚህን ሰነዶች በማሰባሰብ ላይ **DDS** እንዲያግዝኝ አፈልጋለሁ።

3. ቅጹን እና ሰነዶቹን በሁለት መንገዶች ያስገቡ፡-

- ኢሜይል (እንደ PDF ፀባሪ)፡- dds-dda.intake@dc.gov
- ፖስታ፡- Department on Disability Services; 250 E Street SW, Washington, DC 20024
- በአካል በመቅረብ ለ DDS ማስረከብ፡- 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F ከጠዋቱ 8:15 am እስከ ቀኑ 4:45 pm

የአእምሮአዊ አካል ጉዳዮች አገልግሎቶች መጠየቂያ ማመልከቻ

አገልግሎቶቹን የሚያገኘው ግለሰብ

መጠሪያ ስም:-	የአያት ስም:-	ትውልድ ቀን:-
አ.ሜ.ይል:-	ስልክ ቁጥር:-	SSN:-
አድራሻ:-	ዋሽንግተን፣ ዲ.ሲ.	ዚ.ፕ:-
Medicaid #:-	<input type="checkbox"/> ለ Medicaid መመዘገብ ላይ እባካችሁ ድጋፍ ስጡኝ።	

የቤተሰብ አባል/ደጋፊ/አንክብካቤ ሰጪ

መጠሪያ ስም:-	የአያት ስም:-
ዝምድና:-	አ.ሜ.ይል:-
አድራሻ:-	ስልክ ቁጥር:-
ከተማ:-	ስቴት:-
	ዚ.ፕ:-

ምን ዓይነት አገልግሎቶች እና ድጋፎች ያስፈልጋሉ?
ይህ መረጃ DDS ለእርስዎ ተገቢነት ስላለው ዕቅድ ከእርስዎ ጋር ውይይት ማድረግ እንዲጀምር ያግዘዋል።

ፊርማ

ከዚህ በላይ የተጠቀሱት ቃላት እኔ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ ናቸው። እውነት ስለመሆናቸው የአምነት ቃሌን አሰጣለሁ። በእነዚህ ሁኔታዎች ላይ የሚታዩ ማናቸውም ጉልህ ለውጦች ወዲያውኑ እንዲታወቁ መደረግ አለባቸው።

አንዱ ላይ ምልክት ጥቅማ ጥቅሞችን ለማግኘት ጥያቄ የሚያቀርበው ግለሰብ ሕጋዊ ሞግዚት ጸንቶ የሚቆይ የውክልና ሥልጣን

ስም:-	ፊርማ:-	ቀን:-
------	-------	------

በግምት በ 45 የቀን መቆጠሪያ ቀናት ውስጥ ስለ የእርስዎ ጥያቄ ምላሽ ይስጥዎታል።

ለሪፎራሊ ምንጭ ጥቅም ብቻ

ሪፎራሊ አድራጊ ድርጅት:-	<input type="checkbox"/> CFSA	<input type="checkbox"/> DCPS	<input type="checkbox"/> HSCSN	<input type="checkbox"/> ሌላ:-
የሪፎራሊ አድራጊ ስም:-	ስልክ ቁጥር:-			

በመዝገብ ላይ መረጃን ለመያዝ ወይም ለሌላ ለመስጠት ፈቃድ መስጫ ስምምነት

DDS ተገቢነት ያለውን የአገልግሎት ዕቅድ ለማዘጋጀት እንዲችሉ ተጨማሪ መረጃን ሊፈልግ ይችላል። ይህን ቅጽ በመሙላት DDS እንደ እርስዎ ሆኖ ይከተሮችን እና/ወይም ድርጅቶችን እንዲያነጋግር ፈቃድ እየሰጡ ነዎት።

አገልግሎቶቹን የሚያገኘው ግለሰብ

መጠሪያ ስም፡-	የአያት ስም፡-	ትውልድ ቀን፡-
አድራሻ፡-	ዋሽንግተን፡ ዲ.ሲ.	ዚፕ፡-

የሚከተሉት መረጃዎች ለሌላ ተላልፈው እንዲሰጡ ፈቃድ መስጫ (ተገቢነት ባላቸው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ)፡-

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> የግል ትምህርት ዕቅድ (Individual Educational Plan (IEP)) | <input type="checkbox"/> የፍላጎት ደረጃ | <input type="checkbox"/> ሌላ፡- |
| <input type="checkbox"/> ሥነ ባሕሪያዊ ድጋፍ ዕቅድ (Behavior Support Plan (BSP)) | <input type="checkbox"/> ሥነ ልቦናዊ | |
| <input type="checkbox"/> የጤና ሪከርድ | <input type="checkbox"/> የአገልግሎት ሰጪ ሰነዶች | <input type="checkbox"/> ሌላ፡- |
| <input type="checkbox"/> የጤና ክብካቤ አስተዳደር ዕቅድ | <input type="checkbox"/> ላብራቶሪ/ክሊኒክ/የጤና ውሂብ (ዳታ) | |

መረጃዎች ለሌላ ተላልፈው የሚሰጡት በ፡-

የግለሰቡን ሥነ ልቦናዊ ምርመራ ውጤቶች ቅጂዎች በጣም ሊኖራቸው ይችላሉ ተብለው የሚገመቱ 3 ትምህርት ቤቶች፣ ድርጅቶች ወይም ዶክተሮች እነማን ናቸው? (ለምሳሌ የተማሪባቸው K-12 ትምህርት ቤቶች፣ ዶክተሮች፣ የአገልግሎት ኤጀንሲዎች፣ Medicaid፣ ማኅበራዊ ዋስትና ወዘተ.)።

1.	ስም/ድርጅት፡- ከተማ፡-	ስቴት፡-	ስልክ ቁ፡-:
2.	ስም/ድርጅት፡- ከተማ፡-	ስቴት፡-	ስልክ ቁ፡-:
3.	ስም/ድርጅት፡- ከተማ፡-	ስቴት፡-	ስልክ ቁ፡-:

ለ፡- በመኖሪያ ቤት አገልግሎት አቅራቢ ሊሆኑ የሚችሉ/የቀን ተሃድሶ አገልግሎት አቅራቢዎች፣ ለሚከተለው ምክንያት ብቻ፡- አሁን እና ወደፊት ለሁለቱም በመኖሪያ ቤት አገልግሎት ለማቅረብ/የቀን ተሃድሶ አገልግሎትን ለመስጠት ውሳኔ ላይ መድረስ እንዲችሉ ሁኔታዎችን ለማመቻቸት። ይህ ፈቃድ ከተፈረመ በኋላ በአንድ ዓመቱ የአገልግሎት ጊዜው ያበቃል። በ 1978 ቱ የኮሎምቢያ ዲስትሪክት የአእምሮ ጤና መረጃ ሕግ እና በተሻሻለው (d.c. ኦፊሴላዊ ኮድ § 7-1201.01 et seq.፣ በተለይ አንቀጽ § 7-1202.01)፣ በ 1978 ቱ አእምሮ ጤና እክል ያለባቸው ዜጎች ሕገ መንግሥታዊ መብቶች እና ክብር ሕግ እና በተሻሻለው (d.c. ኦፊሴላዊ ኮድ § 7-1301.01 et seq., በተለይ አንቀጽ § 7-1305.12)፣ በ 1996 ቱ የጤና እንሹራንስ ተገኝነት እና ተጠያቂነት ሕግ እና በተሻሻለው (pub. l. 104-191)፣ እና ሌሎች የአካባቢ እና ፌደራል የግላዊነት ሕጎች መሠረት፣ የአካል ጉዳት አገልግሎቶች መመሪያ (Department on Disability Services) ከዚህ በላይ ለተጠቀሱት ዓላማዎች መረጃን እንዲይዝ እና ለሌላ አሳልፎ እንዲሰጥ በራሱ ፈቃድ ተስማምቼ ፈቃድ ሰጥቼያለሁ። ይህ ፈቃድ መስጫ በማናቸውም ጊዜ በጽሑፍ ሊሻር እንደሚችል ተረድቼያለሁ። ይህ መረጃ ያለ እኔ ፈቃድ መልሶ ለሌላ ተላልፎ ሊሰጥ እንደማይችል ተረድቼያለሁ።

ፊርማ

አንዱ ላይ ምልክት ያድርጉ፡-	<input type="checkbox"/> ጥቅማ ጥቅሞችን ለማግኘት ጥያቄ የሚያቀርበው ግለሰብ	<input type="checkbox"/> ሕጋዊ ሞገዚት	<input type="checkbox"/> ጸንቶ የሚቆይ የውክልና ሥልጣን
ስም፡-	ፊርማ፡-	ቀን፡-	

ማኅበራሪያ የተሰጠው በ (ለቢሮ አገልግሎት ብቻ)

ኤጀንሲ አገልግሎት አቅራቢ/ተወካይ፡-	ቀን፡-
ማዕረግ፡-	ስልክ ቁ፡-: