Demande de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle

Objectif: Demander des services et des soutiens pour des adultes ayant une déficience intellectuelle.

Mission: Le Département des services aux personnes handicapées (Department on Disability Services/DDS) offre des services innovants de haute qualité qui permettent aux personnes handicapées de mener une vie significative et productive en tant que membres vitaux de leur famille, de leurs écoles, de leurs lieux de travail et de leurs collectivités dans tous les quartiers du District de Columbia. Nous fournissons un accès aux soutiens domestiques naturels, aux ressources communautaires, à la coordination des services, aux services de planification de l'État et aux services offerts dans le cadre du Programme d'exonération des Services communautaires à domicile (Home Community Based Services/HCBS).

Vous devez satisfaire à TOUTES LES TROIS exigences afin de recevoir les services :		
Résident du DC	Déficience intellectuelle	Déficiences simultanées dans deux domaines de fonctionnement adaptatif

Consignes de soumission

1. Remplissez ce formulaire

2. Rassemblez des photocopies des documents **requis** suivants :
   - Certificat de naissance ou carte d'identité nationale
   - Carte de sécurité sociale
   - Preuve de résidence dans le DC (p. ex. contrat actuel de location ou facture actuelle de services publics, déclaration officielle de la Sécurité Sociale)

   Rassemblez les documents suivants (si disponibles) :
   - Évaluations psychologiques documentant une déficience intellectuelle
   - Évaluations psychologiques documentant deux déficiences fonctionnelles adaptatives
   - Formulaire physique ou médical actuel provenant du médecin

   ❑ **J'aimerais que DDS m'aide à rassembler ces documents.**

3. Soumettez le formulaire et les documents en utilisant l'une des procédures suivantes :
   - **Courriel** (comme pièce jointe en format PDF): dds_dda.intake@dc.gov
   - **Courrier**: Department on Disability Services; 250 E Street SW, Washington, DC 20024
   - **Apportez en personne** au DDS : 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | L-V, 8 h 15 - 16 h 45

Demande de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle

Personne qui recevrait des services		
Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance :
Courriel :	Téléphone :	N° de sécurité sociale :
Adresse :	Washington, DC	CODE POSTAL :
No. de Medicaid :	❑ Veuillez fournir une assistance pour s'inscrire auprès de Medicaid.	

Membre de la famille/Sympathisant/Soignant			
Prénom :	Nom de famille :		
Lien :	Courriel :	Téléphone :	
Adresse :	Ville :	État :	CODE POSTAL :

Quels sont les services et les soutiens nécessaires ?
Ces informations aideront DDS à entamer une conversation avec vous au sujet d'un plan de service approprié.

_____

_____

_____

Signature		
Les déclarations ci-dessus sont exactes au meilleur de mes capacités. Je déclare qu'elles sont vraies. Toute importante modification dans ces circonstances sera communiquée sans délai.		
Cochez l'une des cases suivantes : ❑ Personne demandant des prestations	❑ Tuteur légal	❑ Procuration durable
Nom :	Signature :	Date :

Vous serez informé de votre demande dans environ 45 jours civils.

Pour l'utilisation de la source de référence uniquement				
Organisation de référence :	❑ LPRFC	❑ DCPS	❑ HSCSN	❑ Autre :
Nom du parrain :				Téléphone :

Consentement pour obtenir ou publier des informations de dossier

Le DDS peut avoir besoin d'informations supplémentaires pour 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 qui recevrait des services			
Prénom :	Nom de famille :	Date de naissance :	
Adresse :		Washington, DC	CODE POSTAL :

Consentement aux enregistrements suivants publiés (*Cochez toutes les cases*):

- ❑ Plan éducatif individuel (PEI)
- ❑ Plan de soutien en matière de comportement (Behavior Support Plan/BSP)
- ❑ Dossier médical
- ❑ Plan de gestion des soins de santé
- ❑ Niveau de besoin
- ❑ Psychologique
- ❑ Documentation du fournisseur
- ❑ Données de laboratoires/cliniques/sur la santé
- ❑ Autre :
- ❑ Autre :

Dossiers divulgués par :

Quels sont les 3 écoles, organisations ou bureaux de médecins les plus susceptibles d'avoir des copies des évaluations psychologiques d'une personne ? (p. ex. écoles de la maternelle à la 12e année, médecins, agences de services, Medicaid, Sécurité sociale précédents, etc.).

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

À : Fournisseurs de services résidentiels/Fournisseurs de services d'adaptation de jour potentiels ; uniquement aux fins de : prise en compte de la détermination de la capacité de fournir des Services résidentiels/des Services d'adaptation de jour afin d'appliquer les deux options maintenant et à l'avenir. Ce consentement expire un an à compter de la date de signature. Conformément à la Loi de 1978 sur les renseignement médicaux du District de Columbia telle que modifiée (Code officiel du DC § 7 à 1201.01 et suivants, spécifiquement § 7 à 1202.01), la Loi de 1978 sur les droits constitutionnels et la dignité des citoyens ayant une déficience intellectuelle telle que modifiée (Code officiel du DC § 7 à 1301.01 et suivants, spécifiquement § 7 à 1305.12), la Loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en assurance sante telle que modifiée (pub. l. 104 à 191), et d'autres lois locales et fédérales sur la vie privée ; je consens volontairement pour que le Département des services aux personnes handicapées obtienne ou publie des informations de dossiers dans le but précité. Je reconnais que ce consentement peut être révoqué par moi, par écrit et à tout moment. Je comprends que ces informations ne peuvent être dévoilées une nouvelle fois sans ma permission.

Signature			
Cochez l'une des cases suivantes :	❑ Personne demandant des prestations	❑ Tuteur légal	❑ Procuration durable
Nom :	Signature :		Date :

Expliqué par (pour usage bureautique)	
Fournisseur/Représentant de l'Agence :	Date :
Titre :	Téléphone :