

지적 장애 서비스 요청

목적: 지적 장애가 있는 성인을 위한 서비스와 지원을 요청하세요.

사명: 장애 서비스 부서 (DDS)는 콜롬비아 특별구의 모든 지역에서 지적 장애인이 가족, 학교, 직장, 공동체의 주요 구성원으로서 의미있고 생산적인 삶을 영위할 수 있도록 혁신적인 서비스를 제공합니다. DDS는 자연스러운 가정 지원, 지역 사회 자원, 서비스 조정, 주 플랜 서비스, 그리고 지역 사회 기반 서비스 (HCBS) 면제 프로그램을 통한 서비스들을 제공합니다.

귀하께서는 다음의 3가지 요건들을 모두 충족해야 서비스를 받을 수 있습니다.

DC 거주자	지적 장애인	2 분야에서 동시에 적응력 결핍
--------	--------	-------------------

제출 안내

1. 이 서식을 작성합니다

2. 이 필수 문서의 사본을 수집합니다:

- 출생 증명서 또는 주 ID
- 사회 보장 카드
- DC 거주 증명서 (예: 현재 임대 계약서 또는 공과금 청구서, 공식 사회 보장 명세서)

다음 문서를 준비합니다 (해당되는 경우):

- 지적 장애가 명시된 심리 평가서
- 2 분야에서 적응력이 결핍되었다는 심리 평가서
- 의사가 발행한 현재 심리 또는 의료 기록서

본인은 DDS로부터 이 문서를 준비하는 데 도움을 받고 싶습니다.

3. 이 서식과 문서를 다음 방법 중 하나로 제출하십시오.

- 이메일 (PDF 첨부파일로): dds_dda.intake@dc.gov
- 우편: Department on Disability Services, 250 E Street SW, Washington, DC 20024
- 직접 DDS에 제출: 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F, 오전 8:15 ~ 오후 4:45

지적 장애 서비스 요청 신청서

서비스를 받는 당사자

이름:	성:	생년월일:
이메일:	전화번호:	SSN:
주소:	Washington, DC	우편번호:
메디 케이드 번호:	<input type="checkbox"/> 메디 케이드 등록을 도와주십시오.	

가족/보호자/간병인

이름:	성:		
관계:	이메일:	전화번호:	
주소:	시:	주:	우편번호:

필요한 서비스와 지원은 무엇입니까?

이 정보는 DDS에서 적절한 서비스 플랜을 귀하와 논의하는 데 도움을 줍니다.

<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

서명

위의 진술은 제 능력 면에서 정확합니다. 본인은 이러한 진술이 사실임을 선언합니다. 이러한 상황에 대한 중요한 변경 사항이 있을 경우, 이는 즉시 통지될 것입니다.

하나를 선택하십시오: 혜택을 요청하는 사람 법적 보호자 위임장

이름:	서명:	날짜:
-----	-----	-----

대략 45일 후에 요청에 대한 결과를 알려드립니다.

참조용

소개 기관:	<input type="checkbox"/> CFSA	<input type="checkbox"/> DCPS	<input type="checkbox"/> HSCSN	<input type="checkbox"/> 기타:
소개자 이름:				전화번호:



기록 수집 또는 공개에 동의

DDS는 적절한 서비스 플랜을 수립하기 위해 추가 정보가 필요할 수도 있습니다. 귀하는 이 서식을 작성함으로써 DDS가 귀하를 대신하여 의사 및/또는 기관에 연락을 할 수 있도록 허가합니다.

서비스를 받는 당사자			
이름:	성:	생년월일:	
주소:	Washington, DC	우편번호:	

다음 기록의 공개에 동의(해당하는 항목 모두 선택):

<input type="checkbox"/> 개인 교육 플랜(IEP)	<input type="checkbox"/> 필요 정도	<input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 행동 지원 플랜(BSP)	<input type="checkbox"/> 심리	
<input type="checkbox"/> 건강 기록	<input type="checkbox"/> 제공자 문서	<input type="checkbox"/> 기타:
<input type="checkbox"/> 헬스케어 관리 플랜	<input type="checkbox"/> 연구실/임상/건강 데이터	

기록 공개자:

개인 심리 평가서 사본을 보유하고 있을 가능성이 큰 학교, 기관 또는 의사 사무실은 3 곳은 어디입니까? (예: K-12 학교, 의사, 서비스 대행사, 메디 케이드, 사회 보장 등)

1.	이름/기관:	시:	주:	전화번호:
2.	이름/기관:	시:	주:	전화번호:
3.	이름/기관:	시:	주:	전화번호:

받는 사람: 잠재적 거주 서비스 제공자/주간 훈련 서비스 제공자; 전적으로 다음 목적을 위해: 거주 서비스/주간 재활 서비스를 현재 및 미래에 모두 적용할 수 있는 능력을 결정하기 위한 고려. 본 동의서는 서명 후 1년이 지나면 만료됩니다. 1978년 콜롬비아 특별구의 정신 건강 정보법 (D.C. 공식 코드 § 7-1201.01 등, 특히 § 7-1202.01), 지적 장애를 가진 시민들을 위한 1978년 헌법 권리 및 준엄법 (D.C. 공식 코드 § 7-1301.01 등, 특히 § 7-1305.12), 1996년 건강 보험 이동성 및 책임법 (발행 I. 104-191), 및 기타 지역 및 연방 개인 정보 보호법에 따라, 본인은 장애 서비스 부서가 상기 목적으로 기록 정보를 수집하거나 공개하는 데 자발적으로 동의합니다. 본인은 이 동의를 언제든지 서면으로 취소할 수 있음을 이해합니다. 본인은 이러한 정보가 본인의 허가 없이는 재공개될 수 없음을 이해합니다.

서명

하나를 선택하십시오: 혜택을 요청하는 사람 법적 보호자 위임장

이름:	서명:	날짜:
-----	-----	-----

설명자 (업무용)

기관 제공자 / 대리인:	날짜:
직책:	전화번호:

