



Yêu Cầu Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ

Mục đích: Yêu cầu dịch vụ và sự hỗ trợ dành cho người trưởng thành mắc khuyết tật về trí tuệ.

Nhiệm vụ: Sở Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật (Department on Disability Services, DDS) cung cấp các dịch vụ chất lượng cao, tiên tiến, giúp người khuyết tật có cuộc sống có ý nghĩa và có ích như những thành viên quan trọng của gia đình, tại trường học, môi trường làm việc, và trong cộng đồng của họ ở mọi khu vực tại Đặc khu Columbia (District of Columbia, hay DC). Chúng tôi cung cấp khả năng tiếp cận với những sự hỗ trợ tại gia, nguồn lực cộng đồng, điều phối dịch vụ, dịch vụ lập kế hoạch của tiểu bang, và các dịch vụ được cung cấp thông qua chương trình Miễn Trừ Các Dịch Vụ Tại Gia và Trong Cộng Đồng (Home Community Based Services, hay HCBS).

Quý vị phải đáp ứng TẤT CẢ BA yêu cầu sau để nhận được các dịch vụ này:

Là cư dân tại DC	Có khuyết tật trí tuệ	Có khuyết tật đồng thời ở hai lĩnh vực chức năng thích nghi
------------------	-----------------------	---

Hướng Dẫn Nộp Đơn

1. Điền thông tin đầy đủ vào mẫu đơn này

2. Chuẩn bị các bản sao của các văn bản giấy tờ bắt buộc này:

- Giấy khai sinh hoặc thẻ căn cước của tiểu bang
- Thẻ An sinh xã hội
- Giấy tờ chứng minh việc cư trú tại DC (ví dụ hợp đồng thuê nhà hoặc hóa đơn dịch vụ tiện ích hiện hành, bản kê Lợi Tức An Sinh Xã Hội chính thức)

Lấy các giấy tờ sau đây (nếu có):

- Các bản Đánh giá tâm lý ghi nhận khuyết tật trí tuệ
- Các bản Đánh giá tâm lý ghi nhận hai khuyết tật chức năng thích nghi
- Giấy khám sức khỏe hoặc xác nhận y tế hiện hành của bác sĩ

☐ Tôi muốn cơ quan DDS hỗ trợ tôi thu thập các giấy tờ này.

3. Quý vị có thể nộp mẫu đơn này và các giấy tờ liên quan bằng một trong các cách sau:

- Gửi email (dưới dạng tập tin đính kèm PDF) đến: dds_dda.intake@dc.gov
- Qua đường bưu điện: Department on Disability Services; 250 E Street SW, Washington, DC 20024
- Nộp trực tiếp cho Cơ quan DDS: 250 E Street SW, Washington, DC 20024 | M-F, 8:15 am - 4:45 pm

Đơn Yêu Cầu Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật Trí Tuệ

Cá Nhân Nào Sẽ Nhận Các Dịch Vụ Đây

Tên:	Họ:	Ngày Sinh:
Email:	Điện thoại:	Số An sinh Xã hội (SSN):
Địa chỉ:	Washington, DC	Mã vùng (ZIP):
Medicaid #:	☐ Vui lòng hỗ trợ việc đăng ký Medicaid.	

Thành Viên Gia Đình/Người Hỗ Trợ/Người Chăm Sóc

Tên:	Họ:		
Mối quan hệ:	Email:	Điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã vùng (ZIP):

Cần các dịch vụ và sự hỗ trợ nào?

Thông tin này sẽ giúp cho Cơ quan DDS bắt đầu thảo luận với quý vị về một kế hoạch dịch vụ thích hợp.

Ký tên

Các phát biểu bên trên là chính xác theo khả năng cao nhất của tôi. Tôi tuyên bố các phát biểu đó là đúng sự thật. Bất kỳ sự thay đổi quan trọng nào về các hoàn cảnh này sẽ được thông báo ngay lập tức.

Chọn Một:	☐ Người Yêu Cầu Phúc Lợi	☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp	☐ Quyền Đại Diện Dài Hạn
Tên:	Ký tên:	Ngày:	

Quý vị sẽ được thông báo về yêu cầu của quý vị sau khoảng 45 ngày lịch.

Chỉ Dành Cho Nguồn Giới Thiệu Sử Dụng

Tổ Chức Giới Thiệu:	☐ CFSA	☐ DCPS	☐ HSCSN	☐ Tổ Chức Khác:
Tên Người Giới Thiệu:				Điện thoại:

Đồng Ý Nhận hoặc Tiết Lộ Thông Tin Liên Quan Đến Hồ Sơ

Cơ quan DDS có thể cần thêm thông tin để lập một kế hoạch dịch vụ thích hợp. Bằng việc điền vào mẫu đơn này, quý vị cho phép Cơ quan DDS thay mặt quý vị liên hệ với các bác sĩ và/hoặc tổ chức.

Cá Nhân Nào Sẽ Nhận Các Dịch Vụ Đây			
Tên:	Họ:	Ngày Sinh:	
Địa chỉ:	Washington, DC	Mã vùng (ZIP):	

Đồng ý cho phép tiết lộ các hồ sơ sau đây (chọn tất cả các trường hợp phù hợp):

☐ Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP)	☐ Mức Nhu Cầu	☐ Tổ Chức Khác:
☐ Kế Hoạch Hỗ Trợ Hành Vi (BSP)	☐ Hồ Sơ Tâm Lý	
☐ Hồ Sơ Y Tế	☐ Tài Liệu của Nhà Chăm Sóc Sức Khỏe	☐ Tổ Chức Khác:
☐ Kế Hoạch Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe	☐ Dữ Liệu Xét Nghiệm/Lâm Sàng/Sức Khỏe	

Các hồ sơ được tiết lộ bởi:

Hãy cho biết 3 trường học, tổ chức, hoặc phòng mạch bác sĩ có thể có khả năng nhận được các bản sao đánh giá tâm lý của cá nhân này? (ví dụ: các trường từ lớp mẫu giáo - lớp 12 trước đây, 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:	
3.	Tên/Tổ Chức:			
	Thành phố:	Tiểu bang:	Điện thoại:	

Nơi nhận: Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Tại Nơi Cư Trú/Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Hồi Phục Ban Ngày có thể có; chỉ phục vụ cho mục đích: xem xét xác định khả năng cung cấp Các Dịch Vụ Tại Nơi Cư Trú/Các Dịch Vụ Hồi Phục Ban Ngày để đăng ký cả hiện nay lẫn trong tương lai. Giấy đồng ý này sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày ký. Căn cứ Đạo Luật về Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần (Mental Health Information Act) của District of Columbia năm 1978 đã sửa đổi bổ sung (quy tắc chính thức d.c. § 7-1201.01 và các điều luật sau đó, cụ thể là § 7-1202.01), Đạo Luật về Các Quyền Theo Hiến Pháp và Nhân Phẩm của Người Khuyết Tật (Citizens with Intellectual Disabilities Constitutional Rights and Dignity Act of 1978) năm 1978 đã sửa đổi bổ sung (quy tắc chính thức d.c. § 7-1301.01 và các điều luật sau đó, cụ thể là § 7-1305.12), Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act) năm 1996 đã sửa đổi bổ sung (pub. l. 104-191), và các đạo luật khác của địa phương và liên bang về quyền riêng tư; tôi tự nguyện đồng ý cho phép Sở Dịch Vụ Dành Cho Người Khuyết Tật thu thập hoặc tiết lộ thông tin hồ sơ để phục vụ cho các mục đích nêu trên. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự cho phép này bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào. Tôi hiểu rằng thông tin này không được tái tiết lộ nếu không có sự cho phép của tôi.

Ký tên

Chọn Một: ☐ Người Yêu Cầu Phúc Lợi ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp ☐ Quyền Đại Diện Dài Hạn

Tên:	Ký tên:	Ngày:
------	---------	-------

Giải thích bởi (dành cho văn phòng sử dụng)		
Nhà Cung Cấp/Đại Diện Cơ Quan:		Ngày:
Chức danh:	Điện thoại:	