Washington State Department of Social & Health Services
DDA Developmental Disabilities Administration

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

معلومات هامة إلى الحاصلين على المدفوعات التكميلية في الولاية (SSP) والمستفيدين

Important Information for SSP Recipients and Their Payees

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب
اسم الوصي/الممثل القانوني
رقم ADSA للعميل

إلى:

اثن هذا الجزء لنافذة المغلف.

إن سبب حصولك على هذه المعلومات هو أن سجلاتنا تشير إلى أنك أنت المستفيد المحدد للمدفوعات التكميلية في الولاية (SSP) للعميل المذكور أعلاه. وإذا قررت إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration) أن الشخص المذكور أعلاه يتطلب وجود ممثل للمستفيد فيما يتعلق بمدفوعات إعانة الضمان التكميلي الخاصة به، فإنه سوف يتعين عليه أن يحصل أيضًا على مستفيد للمدفوعات التكميلية في الولاية من قسم إعاقات النمو (Developmental Disabilities Administration). وما لم يتطلب الأمر وجود مستفيد آخر، فإن ممثل المستفيد لدخل الضمان التكميلي سوف يكون أيضًا هو المستفيد من شيكات الضمان التكميلي في الولاية. (وقد يتم طلب مستفيد بديل من خلال الاتصال على مدير القضية في قسم إعاقات النمو DDA.) **وباعتبارك المستفيد، فيرجى التوقيع على هذا النموذج وإعادته إلى مدير قضايا العميل في المغلف المرفق. يرجى الاحتفاظ بنسخة في سجلاتك.**

من هو المستفيد للإعانات التكميلية في الولاية؟

- ☐ العميل هو المستفيد بشخصه
- ☐ سوف يقوم ممثل المستفيد لدخل الضمان التكميلي بإدارة الضمان التكميلي في الولاية.
- ☐ تم تحديد شخص/كيان آخر لإدارة الضمان التكميلي في الولاية.

تم تحديد شخص/كيان لإدارة الضمان التكميلي في الولاية ليضطلع بالمسؤوليات التالية:

- إخطار قسم إعاقات النمو DDA بأي تغييرات في حالة إعانة الضمان الاجتماعي
- إخطار قسم إعاقات النمو DDA بأي تغييرات في الوضع الحياتي للعميل
- إخطار قسم إعاقات النمو DDA في حال انتقال العميل خارج ولاية واشنطون
- إنفاق DDA/SSP بالنيابة عن العميل
- تقديم تقرير خطي إلى قسم إعاقات النمو DDA عند الطلب يتعلق بالمدفوعات التي تم الحصول عليها، و
- إخطار قسم إعاقات النمو DDA بأي تغييرات في ظروف المستفيد قد تؤثر على أداء مسؤوليات المستفيد
- إعادة دفع أموال SSP (بالنيابة عن العميل) والتي صدرت عندما لم يكن العميل مؤهلاً لدخل الضمان التكميلي SSI أثناء حصوله على إخطار العميل لمدفوعات SSP الزائدة
- قد يكون المستفيد مسؤولاً أيضًا عن إعادة دفع أموال SSP إذا كان مدركًا أن العميل لم يكن مؤهلاً لـSSP.

معلومات المستفيد من SSP

رقم الضمان الاجتماعي (مطلوب للمستفيدين الفرديين)	تاريخ الميلاد	الاسم
العلاقة بالعميل	اسم الوكالة	
رقم الهاتف (مع رقم المنطقة)	العنوان	

أتفهم وأتقبل المسؤوليات المدرجة أعلاه. إذا لم أعد أرغب في أن أكون المستفيد من SSP لهذا الشخص، فإنني أوافق على إخطار قسم إعاقات النمو DDA كتابة.

_____

التوقيع (SIGNATURE)

نسخة إلى ملف العميل