

شروط الأهلية الخاصة
بالعمر ونوع الإثبات المقدم
Eligible Conditions Specific to Age and Type of Evidence

شروط الأهلية الخاصة بالعمر (0800-823-WAC 388)

+18	17-10	9-5	4-0	شروط الأهلية
		X	X	التأخر التنموي
	X	X	X	برنامج الرعاية الطبية المكثفة بالمنزل
X	X	X		إعاقة ذهنية (ID)
X	X	X		شلل دماغي
X	X	X		صرع
X	X	X		مرض التوحد
X	X	X		حالة عصبية أخرى
X	X	X		حالة أخرى تشبه الإعاقة الذهنية

الإثبات المطلوب للعجز الأساسي

العجز عن التكيف	احتياجات المساعدة البدنية المباشرة	مجموع مقياس الذكاء بالكامل	التشخيص
التأخر التنموي			التأخر التنموي لكل تقييم
			مؤهل لبرنامج الرعاية الطبية المكثفة بالمنزل
ينبغي أن يتم تضمينه في التقييم التشخيصي		نعم	الإعاقة الذهنية (أو التخلف العقلي) (تشخيص متلازمة داون مقبول لحالة الإعاقة الذهنية)
	نعم		شلل مخي، شلل رباعي، شلل نصفي، شلل مزدوج
*نعم	نعم (أثناء النوبات)		صرع، نوبات صرع
*نعم			التوحد، مرض التوحد العقلي (DSM-IV-TR-299.00)
*نعم		نعم	اضطراب طيف التوحد (DSM-V)
*نعم		نعم أو تأخر أكاديمي	حالة عصبية أو أي حالة أخرى ينتج عنها وفقاً عجز في الإدراك والتكيف
*مقياس السلوك التكيفي فينلاندر، أو المقاييس المنقحة للسلوك المستقل، أو نظام تقييم سلوك التكيف-2 أو ICAP من قبل قسم الإعاقات الدائمة			