

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Pedido de avaliação da elegibilidade à DDA
Request for DDA Eligibility Determination

FOR OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DO GABINETE)	
<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Reapplication
DDA NUMBER:	

Informações do(a) requerente				
NOME		INICIAL DO MEIO	SOBRENOME	DATA DE NASCIMENTO
SEXO	ESTADO CIVIL	NECESSIDADES DE COMUNICAÇÃO DO(A) REQUERENTE		CADASTRO TRIBAL
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Nunca se casou	Intérprete necessário:	Fala inglês:	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Limitado	
<input type="checkbox"/> Não binário	<input type="checkbox"/> Casado(a)	Tradução de documentos:	Entende inglês:	MAIOR NÍVEL OU TIPO DE EDUCAÇÃO
<input type="checkbox"/> Prefiro não dizer	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Limitado	
<input type="checkbox"/> Não reportado / desconhecido	<input type="checkbox"/> União estável	Idioma principal escrito:	Idioma principal falado:	
	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
CÓDIGOS ÉTNICOS (MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)				HISPÂNICO(A)
<input type="checkbox"/> Nativo(a) americano(a) ou do Alaska	<input type="checkbox"/> Negro(a) ou afro-americano(a)	<input type="checkbox"/> Caucasiano(a)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Asiático(a)	<input type="checkbox"/> Nativo(a) havaiano(a)/Outro(a) nativo(a) das Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Não informado		
MEDICARE	SITUAÇÃO HABITACIONAL ATUAL DO(A) REQUERENTE			
<input type="checkbox"/> Sim; tipo:	<input type="checkbox"/> Estabelecimento licenciado para adultos	<input type="checkbox"/> Sem moradia fixa	<input type="checkbox"/> Casa de um parente	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Criança – casa de acolhimento	<input type="checkbox"/> Hospital, médico	<input type="checkbox"/> Própria casa	
Outro plano:	<input type="checkbox"/> Estabelecimento correccional/prisão	<input type="checkbox"/> Hospital, psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Casa dos pais	
	<input type="checkbox"/> Unidade de cuidados de enfermagem	<input type="checkbox"/> Outro, descrever:		
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP	CONDADO DE RESIDÊNCIA
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE)	CIDADE	ESTADO	CEP	WASHINGTON É O LOCAL DE REGISTRO MILITAR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> PARA MENSAGENS	OUTRO NÚMERO DE TELEFONE	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> PARA MENSAGENS	ENDEREÇO DE E-MAIL
() -		() -		
LISTE DISTRITOS ESCOLARES ATENDIDOS E DATAS				
INFORME O MOTIVO PELO QUAL ESTÁ SE INSCREVENDO				
DEFICIÊNCIA DESENVOLVIMENTAL E A IDADE EM QUE FOI PRIMEIRAMENTE OBSERVADA		FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA SERVIÇO DE AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA		
Idade do primeiro diagnóstico:		O/a requerente solicitou benefícios por deficiência de seguridade social, renda de segurança suplementar (SSI) ou assistência médica não subsidiada do DSHS no último ano?		
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Paralisia cerebral	<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual			
<input type="checkbox"/> Condição cromossômica	<input type="checkbox"/> Condição neurológica			
<input type="checkbox"/> Atraso de desenvolvimento				
Informações do representante				
NOME		INICIAL DO MEIO	SOBRENOME	IDIOMA PRINCIPAL
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA		CIDADE	ESTADO	CEP
				Intérprete: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
				Tradução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> PARA MENSAGENS	OUTRO NÚMERO DE TELEFONE	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> PARA MENSAGENS	ENDEREÇO DE E-MAIL
() -		() -		
TIPO DE RELACIONAMENTO/FUNÇÃO	RELAÇÃO JURÍDICA (ANEXAR DOCUMENTOS)			RESIDE COM O/A REQUERENTE
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME DE OUTRO REPRESENTANTE/FUNÇÃO/E-MAIL				
NOME DE OUTRO REPRESENTANTE/FUNÇÃO/E-MAIL				
Assinatura(s)				
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE ADULTO(A)			DATA	
ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE OU REPRESENTANTE LEGAL		DATA	RELAÇÃO JURÍDICA	

Pedido de instruções de avaliação de elegibilidade à DDA

Lista de anexos necessários Esta solicitação não pode ser aceita sem os anexos necessários.

- Solicitação assinada com todos os campos preenchidos.
- Formulário da HIPAA assinado (aviso de práticas de privacidade).
- Consentimento assinado para troca de informações confidenciais – inclua números de telefone para todos os contatos. Os requerentes com 13 anos ou mais devem assinar.
- Se houver um representante legal, cópias de documentos de tutela ou outros documentos judiciais que demonstrem autoridade.

Informações sobre o/a requerente O/a requerente é a pessoa para quem a elegibilidade à DDA está sendo solicitada.

Nome do(a) requerente: insira o nome legal do(a) requerente. Não insira apelidos.

Data de nascimento: insira o dia, mês e ano da data de nascimento do(a) requerente.

Sexo: escolha a resposta mais aplicável ou desconhecido/não informado se o/a requerente preferir não responder a esta pergunta.

Estado civil do(a) requerente: indique o estado civil atual do(a) requerente.

Comunicação: indique o(s) método(s) de comunicação do(a) requerente.

Se o/a requerente exigir um intérprete ou tradução de correspondência escrita, assinale o campo para indicar SIM.

Indique se o/a requerente fala, entende ou tem inglês limitado.

Informe o principal método de comunicação ou a língua falada e escrita do(a) requerente, incluindo a língua americana de sinais (ASL) ou outra língua de sinais, Braille, ou se o/a requerente usar um TDD ou outro dispositivo de comunicação.

Cadastro tribal: escreva o cadastro tribal do(a) requerente, se houver. Caso contrário, escreva "N/A".

Número de seguridade social: escreva o número de seguridade social do(a) requerente, se houver.

Educação: escreva o maior nível ou tipo de educação alcançado pelo(a) requerente.

Códigos étnicos: indique a(s) resposta(s) que melhor descreve(m) a etnia do(a) requerente. **Hispanico(a):** se o/a requerente for hispanico(a), escreva SIM.

Medicare: se o/a requerente tiver Medicare, escreva SIM. Escreva o(s) tipo(s) de Medicare: A, B, C, D.

Outro plano: insira o nome de qualquer outro plano de saúde (governamental ou privado), se aplicável.

Situação habitacional atual do(a) requerente: assinale o campo que melhor descreve a situação habitacional atual do(a) requerente.

Informações de contato: indique o endereço de residência atual do(a) requerente, endereço postal e número(s) de telefone.

Distritos escolares: indique os distritos escolares frequentados pelo(a) requerente, incluindo o número de telefone de cada distrito. Se quiser que solicitemos registros, os distritos escolares também devem estar listados no consentimento.

Motivo da solicitação: escreva o(s) motivo(s) para a solicitação e liste os serviços em que o/a requerente ou sua família estão interessados.

Deficiência do desenvolvimento: indique um ou mais diagnósticos do(a) requerente e sua idade quando foi diagnosticado(a) pela primeira vez. Sinta-se à vontade para usar uma folha adicional se precisar fornecer mais informações.

Solicitação de benefícios por deficiência: indique se o/a requerente solicitou uma avaliação de deficiência no último ano. Pode ter sido para a seguridade social, renda da segurança suplementar ou assistência médica não subsidiada. Essas informações podem nos ajudar a localizar registros.

Informações do representante: nome e informações de contato de uma pessoa que possa ser contatada em nome do(a) requerente ou que possa fornecer informações adicionais caso não consigamos entrar em contato com o/a requerente. **Idioma principal:** liste o idioma e indique se é necessária interpretação/tradução.

Tipo de relacionamento/função: escreva como o representante conhece ou está relacionado ao/à requerente.

Representante legal: escreva a relação legal, se houver. Um representante legal é o pai ou a mãe de uma criança menor de dezoito anos com autoridade legal para tomar decisões; um guardião legal de uma pessoa; um guardião limitado de uma pessoa quando o guardião limitado tem autoridade sobre decisões de assistências de saúde; um advogado de uma pessoa; um advogado de uma pessoa de fato (alguém com poder de advogado que tenha sido autorizado a tomar decisões de assistências de saúde); ou qualquer outra pessoa autorizada por lei a agir pela pessoa em nome da pessoa em questão. A documentação de relacionamento legal deve ser incluída com a solicitação.

Assinatura do(a) requerente e/ou do representante legal Se o/a requerente tiver menos de 18 anos de idade, seu pai, sua mãe ou representante legal deve assinar e datar esta solicitação. Se a/o requerente tiver 18 anos ou mais, o/a requerente ou seu representante legal devem assinar e datar esta solicitação.

Envie a solicitação e os anexos necessários ao gabinete correspondente abaixo.

Sede da região 1 (Condados atendidos: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Columbia, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Kittitas, Klickitat, Lincoln, Okanogan, Pend Oreille, Spokane, Stevens, Walla Walla, Whitman, Yakima)

1611 W INDIANA AVE

SPOKANE WA 99205-4221

Ligação gratuita: 1-800-462-0624

Sede da região 2 (Condados atendidos: Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302

LYNNWOOD WA 98036-3901

Ligação gratuita: 1-800-788-2053

Sede da região 3 (Condados atendidos: Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300

TACOMA WA 98402-1903

Ligação gratuita: 1-800-248-0949

Para obter mais informações sobre a elegibilidade à DDA, acesse <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.