Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

# DDA 수혜 요청
# 수혜자격 결정
## Request for DDA Eligibility Determination

**FOR OFFICE USE ONLY**

☐ Initial ☐ Reapplication
DDA NUMBER:

## 신청인 정보

| 성 | 이름 | 중간이름 / 이니셜 | 생년월일 | 사회보장번호 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 우편주소(상기와 다를 경우) | 시 | 주 | 우편번호 | 카운티 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 자택 전화번호(지역번호를 포함해주십시오) | 기타 전화번호(지역번호를 포함해주십시오) ☐ 직장 ☐ 휴대전화 ☐ 메시지 | 성별 ☐ 남 ☐ 여 |
|---|---|---|
| | | |

신청자의 결혼 유무
☐ 이혼 ☐ 별거
☐ 기혼 ☐ 미혼 동거
☐ 미혼 ☐ 사별

교육
☐ 8학년 이하 ☐ 학사 학위
☐ 9 – 11학년 ☐ 대학원 이상
☐ 고등학교 ☐ 무학력
☐ 기술학교 또는 직업훈련학교

신청자에게 대리인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 예라고 대답했다면 대리인 이름을 적으세요.

신청자의 평상시 주거 실태
☐ 성인 패밀리 홈
☐ 수양가
☐ 그룹 홈
☐ 노숙
☐ 교정 시설
☐ 유면허 직원 주택
☐ 요양 시설
☐ 다른사람 집
☐ 자가소유주택(단독):
☐ 소유 ☐ 임대 ☐ 주정부보조주택
☐ 자가소유주택 (배우자/동거인)
☐ 자가소유주택 (부양 자녀와 함께 거주)
☐ 자가소유주택 (다른 사람과 함께 거주)
☐ 부모님집
☐ 친척집
☐ 주 정신 보건 시설
☐ 모름

## 연락처

| 이름 | 귀하와의 관계 |
|---|---|
| | |

| 우편물 수령 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 자택 전화번호(지역번호를 포함해주십시오) | 기타 전화번호(지역번호를 포함해주십시오) ☐ 직장 ☐ 휴대폰 ☐ 메시지 | 이메일 주소 |
|---|---|---|
| | | |

| 우편 배송처 ☐ 예 ☐ 아니오 | 관계 유형 / 역할 | 법적 관계 | 신청인과 함께 거주 ☐ 예 ☐ 아니오 |
|---|---|---|---|
| | | | |

귀하의 신청 사유와 발달 장애 상태, 장애가 처음 관찰된 연령을 서술하십시오.

| 성인 신청인의 서명 | | 날짜 |
|---|---|---|
| 대리인의 서명 | 법적 관계 | 날짜 |

신청인의 개인 소득원: **해당되는 모든 사항에 체크하십시오**

☐ 사회보장
☐ 생계보조비(SSI)
☐ 일반 부조-실직(General Assistance-Unemployable, GA-U)
☐ 주 생계보조비
☐ 한시적 빈곤가족 지원 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
☐ 재향군인 행정국
☐ 인디언 문제부(Bureau of Indian Affairs, BIA)
☐ 은퇴 연금
☐ 신탁 기금
☐ 근로소득
☐ 공무
☐ 없음
☐ 기타 (아래에 구체적으로 설명하세요):

| 신청인이 가입한 의료 보험이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오<br>보험이 있을 경우 아래에 기입하십시오. | 메디케어? ☐ 예 ☐ 아니오 예를 선택한 경우 | |
|---|---|---|
| | 메디케어 번호 | 종류 |

A. 인종 코드 (아래에서 신청인의 해당 코드에 체크하십시오)

☐ **백인**

**아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민**
☐ 에스키모인
☐ 알류트족
☐ 아메리카 인디언

**아시아인**
☐ 아시아 인디언
☐ 캄보디아인
☐ 중국인
☐ 필리핀인
☐ 일본인
☐ 한국인
☐ 라오스인
☐ 태국인
☐ 베트남인

☐ **흑인 또는 아프리카계 미국인**

**하와이 원주민/ 기타 태평양 섬주민**
☐ 하와이
☐ 사모아
☐ 괌
☐ **기타 아시아인 / 태평양 섬주민**
☐ **기타 인종**
☐ **미보고**

B. 신청인이 히스패닉인입니까?

☐ 아니오
☐ 미보고
☐ 예 (구체적으로 설명)
☐ 쿠바인
☐ 멕시칸 / 멕시칸계 미국인 / 치카노
☐ 푸에르토리코인
☐ 기타 스페인계/히스패닉계

| 주요 사용 언어 | 영어 회화 가능<br>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 제한적으로 가능 | 영어를 알아들음<br>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 제한적으로 가능 | 통역사 필요 여부<br>☐ 예 ☐ 아니오 | 번역 필요 여부<br>☐ 예 ☐ 아니오 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **A** | 일차적으로 중요한 다른 사람의 이름 | 도로 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
| | 전화번호 | 우편 배송처<br>☐ 예 ☐ 아니오 | 관계 유형 / 역할 | 법적 관계 유형 / 역할 | 신청인과 함께 거주<br>☐ 예 ☐ 아니오 |
| **B** | 중요한 다른 사람의 이름 | 도로 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
| | 전화번호 | 우편 배송처<br>☐ 예 ☐ 아니오 | 관계 유형 / 역할 | 법적 관계 유형 / 역할 | 신청인과 함께 거주<br>☐ 예 ☐ 아니오 |
| **C** | 중요한 다른 사람의 이름 | 도로 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
| | 전화번호 | 우편 배송처<br>☐ 예 ☐ 아니오 | 관계 유형 / 역할 | 법적 관계 유형 / 역할 | 신청인과 함께 거주<br>☐ 예 ☐ 아니오 |

**22세 미만에 한하여**

| 학교 이름 / 주간 프로그램 | | | 시작일 |
|---|---|---|---|
| 주소 | 시 | 주 우편번호 | 전화번호 |
| 학군 | | | |
| 비고 | | | |

**DDD 서비스 수혜자격 결정 요청**
**작성 요령**

**신청인 정보**
*신청인*은 DDA 수혜자격 요청이 들어온 사람입니다. 이 섹션을 빠짐없이 작성하십시오. 신청인에게 전화기가 없으면, *없음*이라고 기입하십시오.

**연락처**
*연락책*은 신청인에게 연락이 닿지 않는 경우 신청인에게 연락할 수 있거나 연락처 정보를 제공해줄 수 있는 사람입니다. 법적 대리인이 없다면, 신청인이 반드시 있어야 하는 경우에 도와줄 수 있는 사람이나 대변 기관(advocacy entity)의 이름을 알려주셔야 합니다. 필수숙박보조(Necessary Supplemental Accommodation, NSA)를 위해서 담당자의 이름을 알아야 합니다. 신청인은 자신을 제외한 다른 사람에게 통지서를 발송하지 말 것을 서면으로 요청할 수 있습니다. (WAC 388-825-100)

**법적 대리인**
*법적 대리인*의 의미: 18세 미만 자녀의 부모, 당사자의 법정 후견인, 당사자의 의료문제에 대한 결정 권한이 있는 제한적 후견인, 당사자의 변호사, 위임장에 의한 당사자의 대리인(의료문제에 대한 결정 권한을 위임 받은 사람), 또는 당사자를 대리할 법적 권한이 있는 사람.

**신청인의 평상시 주거 실태**
신청인의 거주 장소를 가장 잘 설명한 네모칸에 체크하십시오.

**장애 상태와 장애가 관찰된 연령을 서술하십시오.**
이 질문의 답변은 신청인이 갖고 있을지 모를 장애의 종류를 이해하는 데 도움이 됩니다. 지면이 부족하면, 이면에 적거나 다른 종이를 사용하십시오.

**신청인 및/또는 법적 대리인의 서명**
신청인 나이가 18세 미만이면, 신청인의 부모 또는 법적 대리인이 신청서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다. 신청인 나이가 18세 이상이면, 신청인 또는 신청인의 대리인이 신청서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

**신청인의 소득원**
신청인에게 해당되는 모든 사항에 체크하십시오.

**의료 보험 보장**
신청인이 가입한 의료 보험(만약 가입했다면)은 어떤 종류입니까? 보험 종류를 기입해주십시오. 신청인이 가입한 의료 보험이 없다면, *없음*이라고 적으십시오. 신청인이 Medicare에 가입해 있다면, Medicare 보장 보험의 번호와 종류를 기입하십시오.

**신청인의 인종 및 다음 섹션 라틴아메리카계**
해당되는 네모칸에 체크하십시오.

**언어**
신청인의 일차 언어 또는 의사소통 수단을 기입하십시오. 예를 들어, 영어수화(ASL)나 다른 수화법, 브라유 점자법 또는 신청인이 사용하는 TDD 또는 기타 의사소통 장치를 기입하십시오. 신청인에게 통역사가 필요하다면, *예* 옆의 네모칸에 체크하십시오.

**중요한 다른 사람**
*중요한 다른 사람*은 신청인의 삶에서 중요한 사람이거나 신청인의 행복과 건강에 관여할 수 있는 사람입니다. 예를 들면, 생물학적 친부모나 입양 부모, 조부모, 고모, 이모, 숙모, 삼촌, 이모부, 숙부, 아동&가족복지사회사업가(아동 전문), 친구, 대변자, 법정 후견인 등이 있습니다. 어디에 체크하는 것이 법률 요건에 맞는지 모르겠으면, **모름**이라고 답하면 됩니다. 후견인지위(Guardianship)가 있다면, 후견인지위의 법원 명령서 사본을 제출하십시오. 신청인이 입양아라면, 법적 입양 동의서 사본을 제출하십시오.

**학교/데이 프로그램**
조기 개입, 학교, 또는 기타 프로그램 등 신청인이 매일 참석하는 프로그램. 신청인이 외부 프로그램에 매일 참석하지 않으면, *N/A*라고 기입하십시오.

**추가 의견**
이 칸을 비워두어도 되고 수혜자격을 결정하는 데 도움이 될 수 있을 거라고 생각되는 간단한 추가 의견을 제시하셔도 됩니다 .

**제출해야 할 첨부자료 목록**
필수 첨부서류 없이 신청서를 제출하면 승인을 받지 못합니다.

- ☐ 모든 항목을 완전히 작성하여 서명한 신청서.
- ☐ 의료기록부 또는 신청인의 장애를 명시해 놓은 정신건강 감정(평가)서.
- ☐ 서명을 한 개인신상정보 공유 동의서(Consent to Exchange Confidential Information) – 모든 서비스 제공자의 주소와 전화번호를 빠짐없이 포함할 것.
- ☐ 신청인이 워싱턴주 거주민이라는 사실을 증명할 수 있는 증빙자료 사진(예: 공과금 청구서, 유권자 등록 등) 사본. 신청인이 아동일 경우 아이를 보호하고 있는 부/모의 주거지 증빙자료 사본을 제출할 것.
- ☐ 서명한 HIPAA 양식 *(개인신상정보 보호관례 통지서(Notice of Privacy Practices))*.
- ☐ 사회보장증(Social Security card) 사본 또는 사회보장번호(SSN) 증빙서류**(있을 경우)** 사본.
- ☐ 법원에서 명령한 아이 양육 계획서(적용되는 경우) 사본.
- ☐ 아동 보호인 증빙서류(적용되는 경우) 사본.
- ☐ 법적 입양동의서(적용되는 경우).

**신청서와 필수 첨부서류를 아래의 해당 사무소로 반송하십시오.** **질문이 있으시면 DDA 사무소로 전화하십시오.**

**지역1 본부 (서비스 카운티:** 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
수신자 부담 전화: 1-800-462-0624

**지역2 본부 (서비스 카운티:** Island, King, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom)

20311 52ND AVE W STE 302
LYNNWOOD WA 98036-3901
수신자 부담 전화: 1-800-788-2053

**지역3 본부 (서비스 카운티:** Clallam, Clark, Cowlitz, Grays Harbor, Jefferson, Kitsap, Lewis, Mason, Pacific, Pierce, Skamania, Thurston, Wahkiakum)

1305 TACOMA AVE S STE 300
TACOMA WA 98402-1903
수신자 부담 전화: 1-800-248-0949