

Заявление и форма для собеседования по программе услуг для лиц с особенностями развития

Другие форматы и языки:

Этот документ (SDS 0552) можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочтительном для вас формате бесплатно.

Обратитесь в Отдел по обслуживанию лиц с особенностями развития по адресу DD.DirectorsOffice@odhsoha.oregon.gov или по телефону 503-945-5811 (голосовая связь/текст). Мы принимаем все звонки диспетчерской службы для лиц с нарушениями слуха.

Только для служебного использования отделом CDDP:

Дата направления: _____ Дата собеседования при приеме: _____

CDDP: _____

☐ Первичное заявление ☐ Повторное заявление

Medicaid: ☐ Да ☐ Нет, дата направления в рамках Плана медицинского страхования в штате Орегон (ОНП) или Системы определения соответствия критериям в штате Орегон (ONE): _____

Номер Medicaid или Prime: _____

Источник направления:

☐ Самостоятельно или опекун ☐ Родственник или друг

☐ Направление от поставщика услуг ☐ Общественный партнер

☐ Другое: _____

Сведения о заявителе

Примечание: слова «вы» и притяжательные местоимения в этом документе относятся к заявителю.

Имя по документам: _____ Средний инициал: _____

Фамилия: _____

Другие имена, указанные в документах (перечислите): _____

Предпочитаемое имя: _____

Предпочитаемые местоимения: _____

Пол: ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Гендерная идентичность: _____

☐ Отказываюсь отвечать Дата рождения: _____

Номер в системе социального страхования: _____

☐ Нет номера в системе социального страхования

Наличие гражданства не является обязательным условием для получения права на услуги ODDS. Для получения многих услуг наличие гражданства не требуется в соответствии с правилом об обременении общества. См. раздел часто задаваемых вопросов на сайте Департамента юстиции штата Орегон: www.doj.state.or.us/oregon-department-of-justice/civil-rights/sanctuary-promise/community-toolkit/.

Семейное положение:

Выберите один вариант

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Не женат / не замужем | ☐ Женат/замужем | ☐ Раздельное проживание |
| ☐ Разведен(-а) | ☐ Вдовец/вдова | ☐ Совместное проживание |
| ☐ Гражданское партнерство | ☐ Предпочитаю не отвечать | |

Почтовый адрес или абонентский ящик: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Получаете ли вы почту по этому адресу? ☐ Да ☐ Нет

Номер телефона: _____ Номер для сообщений: _____

Электронная почта: _____

С кем еще ODHS может связаться?

Отметьте все подходящие варианты.

☐ Родитель ☐ Законный опекун ☐ Основная опека

☐ Представитель по вопросам здоровья (ORS 127.505)

☐ Другое (опишите): _____

Есть ли у кого-то еще законные полномочия принимать решения от вашего имени?

☐ Да (если да, укажите имя ниже) ☐ Нет

Степень родства (например, родитель-опекун, опекун):

Имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Электронная почта: _____

Уведомление о праве на получение услуг

Хотите ли вы, чтобы копия уведомления о решении относительно права на получение услуг была направлена кому-то еще помимо вас?

☐ Да ☐ Нет

Если да, кому следует направить уведомление о решении?

☐ Те же лица, указанные выше ☐ Другое лицо (заполните сведения ниже)

Имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Электронная почта: _____

Департаменту социального обеспечения штата Орегон (ODHS) необходимо письменное разрешение на:

- предоставление информации и
- уведомление любого лица, отличного от вас или вашего законного опекуна.

Раса, этническая принадлежность, язык и ограниченные возможности (REALD) (OAR 943-070-0030)

Ответы на вопросы в форме по ссылке ниже помогут ODHS получить больше сведений о вас. Хотя заполнение необязательно, это может помочь ODHS выявить и устранить различия в состоянии здоровья или обслуживании. Это позволяет каждому получать самое качественное обслуживание.

REALD-ODHS [Форма me0074](#) или [форма me0074b для родителя или опекуна несовершеннолетнего](#).

Департамент социального обеспечения штата Орегон (ODHS) спрашивает каждого заявителя о следующем:

- Раса
- Этническая принадлежность
- Возможности
- Предпочитаемый язык
- Потребности в переводчике

Только для сотрудников CDDP: приложите заполненную форму REALD к этому заявлению

Здоровье и ограниченные возможности здоровья

ODHS спрашивает каждого заявителя о состоянии здоровья и истории заболеваний. Это помогает найти документы для определения права на получение услуг и координации обслуживания или ухода. Укажите как можно больше сведений о состоянии здоровья. Если не уверены в датах, укажите приблизительные.

Подавали ли вы заявление на получение услуг в связи с ограниченными возможностями здоровья в рамках какой-либо из этих программ или получали ли вы такие услуги? Отметьте все подходящие варианты.

☐ Ограниченные интеллектуальные возможности и/или особенности развития (I/DD) в любом штате (укажите где)

☐ Служба социальной защиты детей	Дата: _____
☐ Самодостаточность	Дата: _____
☐ Профессиональная реабилитация	Дата: _____
☐ Поведенческое или психическое здоровье	Дата: _____
☐ Другое (перечислите): _____	

Особенности развития

Какие заболевания или особенности были диагностированы поставщиком услуг или клиникой? Отметьте все подходящие варианты.

☐ Возраст до 7 лет: общая задержка развития или задержка в достижении основных этапов развития	
☐ Ограниченные интеллектуальные возможности	☐ Эпилепсия (судорожное расстройство)
☐ Церебральный паралич	☐ Синдром Дауна
☐ Травма головного мозга	☐ Расстройство аутистического спектра
☐ Фетальный алкогольный синдром	☐ Другое пренатальное воздействие лекарственных препаратов или токсинов
☐ Другие особенности развития	

В каком возрасте это началось? _____

Как состояние здоровья влияет на повседневную жизнь?

Какая поддержка необходима в связи с ограниченными интеллектуальными возможностями или особенностями развития? Отметьте все подходящие варианты.

☐ Самообслуживание

☐ Мероприятия по
охране здоровья

☐ Принятие решений

☐ Общественная или
социальная деятельность

☐ Управление финансами

☐ Проживание дома

☐ Прочее: _____

Другие заболевания

Даже если у вас нет особенностей развития, какие другие заболевания у вас есть? Отметьте все подходящие варианты.

☐ СДВГ или другое нарушение поведенческого здоровья

☐ Расстройство обучения

☐ Двигательные нарушения

☐ Потеря слуха, потеря зрения или и то, и другое

☐ Расстройство, связанное
с употреблением
психоактивных веществ

☐ Другое

Медицинское страхование

Есть ли у вас страховое покрытие? Если да, укажите идентификационный номер плана.

- ☐ Медицинское страхование через работодателя
Идентификационный номер плана: _____
- ☐ Медицинское страхование, оплачиваемое самостоятельно
Идентификационный номер плана: _____
- ☐ План медицинского страхования в штате Орегон (OHP)
Идентификационный номер плана: _____
- ☐ Medicaid
Идентификационный номер плана: _____
- ☐ Medicare
Идентификационный номер плана: _____
- ☐ Нет медицинского страхования

Сведения о поставщиках услуг и записи

Какие поставщики услуг или клиники предоставили вам следующее?

- Обследования или оценки
- Анализы, подтвердившие наличие указанных заболеваний, или
- Другие сведения о состоянии здоровья.

Это могут быть:

- Психологи
- Нейропсихологи
- Психиатры
- Неврологи
- Педиатры, специализирующиеся на вопросах развития
- Генетики
- Специалисты в области психического здоровья

Например, укажите поставщика услуг или клинику, в которую вы обращались для прохождения теста IQ, психологического обследования, медицинского или генетического обследования в связи с ограниченными возможностями здоровья или оценки психического здоровья .

Пример заполнения сведений:

Даты приемов: 2016–2020

Имя/наименование поставщика услуг или клиники: OHSU–Sam Jackson Blvd, Portland

Диагноз или вид обследования: Обследование в клинике аутизма — контрольный осмотр

Сведения о поставщике услуг 1

Даты приемов: _____

Имя/наименование поставщика услуг или клиники: _____

Диагноз или вид обследования: _____

Сведения о поставщике услуг 2

Даты приемов: _____

Имя/наименование поставщика услуг или клиники: _____

Диагноз или вид обследования: _____

Сведения о поставщике услуг 3

Даты приемов: _____

Имя/наименование поставщика услуг или клиники: _____

Диагноз или вид обследования: _____

Сведения о лечащем враче

Кто ваш лечащий врач (PCP)? Укажите адрес, номер телефона и адрес электронной почты врача (при их наличии).

Имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Сведения о другом поставщике услуг 1

Кто ваши другие поставщики услуг? Укажите адреса, номера телефонов и адреса электронной почты (при их наличии)

Имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Сведения о другом поставщике услуг 2

Имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Больницы и центры ухода

Находились ли вы когда-либо в центре или больнице в связи с ограниченными возможностями здоровья?

☐ Да ☐ Нет

Иногда ODHS необходимы сведения или документы из этих учреждений. Укажите их ниже.

Больница или центр ухода 1

Дата: _____

Наименование учреждения или больницы: _____

Местонахождение учреждения или больницы: _____

Больница или центр ухода 2

Дата: _____

Наименование учреждения или больницы: _____

Местонахождение учреждения или больницы: _____

Больница или центр ухода 3

Дата: _____

Наименование учреждения или больницы: _____

Местонахождение учреждения или больницы: _____

Доход

Какой у вас доход, и откуда он поступает? Отметьте все источники дохода. Укажите только личный доход; не включайте доход других членов семьи.

- | | |
|---|---|
| ☐ Трудоустройство | ☐ Частные пособия в связи с ограниченными возможностями здоровья |
| ☐ Получаемые алименты на ребенка | ☐ Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) |
| ☐ Трастовый фонд | ☐ Пособия для бывших военнослужащих |
| ☐ Счет Achieving a Better Life Experience (ABLE) | ☐ Пособие по усыновлению или опекунов |
| ☐ Нет дохода | ☐ Другое: _____ |

Если у вас **нет** счета ABLE и вы хотите узнать больше об этом плане, посетите сайт oregonablesavings.com

Дополнительные сведения

Какие дополнительные сведения о вас могут быть полезны?

Социальное обеспечение

У некоторых лиц с ограниченными возможностями здоровья может быть право на участие в федеральных программах в отношении ограниченных возможностей здоровья, администрируемых Управлением социального обеспечения (SSA):

- Социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI) или
- Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI).

Получаете ли вы в настоящее время какие-либо пособия по социальному обеспечению?

☐ Да ☐ Нет

Если да, когда вы начали получать пособия? _____

Размер социального пособия по нетрудоспособности (SSDI)? \$ _____

Какой размер у дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI)? \$ _____

Если вы не получаете SSDI или SSI, подавали ли вы заявление на получение пособий по социальному обеспечению?

☐ Да, на рассмотрении ☐ Да, отказано ☐ Нет

Дата подачи заявления на SSDI или SSI: _____

Если вам необходимо подать заявление, повторное заявление или обжаловать отказ в пособиях SSDI или SSI, подробности можно узнать на сайте [системы социального обеспечения](#). Также можно обратиться в [местный отдел SSA](#) для подачи заявления.

Следующие ресурсы могут быть полезны:

- Информация о SSI: socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm
- Размеры выплат SSI: ssa.gov/oact/cola/SSI.html

Сведения об образовании

☐ Является ли заявитель ребенком младше 5 лет, не участвующим в программе раннего вмешательства для детей с задержкой развития (EI) и не посещающим школу? **Если вы отметили этот пункт, пропустите данный раздел.**

Укажите последние учебные заведения, от программы раннего вмешательства до колледжа.

Наименование текущего или последнего учебного заведения или программы EI:

Дата начала: _____ Дата завершения: _____

Город: _____ Штат: _____

Наименование предыдущего учебного заведения:

Дата начала: _____ Дата завершения: _____

Город: _____ Штат: _____

Получали ли вы когда-либо услуги специального обучения в каком-либо учебном заведении?

☐ Да ☐ Нет

Примеры:

- Раннее вмешательство
- Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)
- Индивидуальная программа обучения (IEP) или
- план 504.

Если да, какие виды услуг? Отметьте все подходящие варианты.

☐ Физиотерапия ☐ Логопедия ☐ Трудотерапия

☐ Услуги по переходу ☐ Специализированное тестирование или обследования

☐ Прочее: _____

Есть ли другие учебные заведения, виды услуг в связи с ограниченными возможностями здоровья или сведения, которые могут помочь ODHS с информацией об ограниченных возможностях здоровья?

Какой тип аттестата вы получили при окончании средней школы?

- ☐ Неприменимо (Н/П) ☐ Стандартный ☐ GED ☐ Модифицированный
☐ Справка ☐ Не окончил(а) ☐ Неизвестно

Сведения о судимости

Есть ли у вас судимость или запись в суде по делам несовершеннолетних?

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите следующие сведения:

Штат и округ, в котором было совершено правонарушение: _____

Укажите правонарушение: _____

Имя сотрудника по надзору или условно-досрочному освобождению:

Номер телефона: _____

Другие юридические сведения:

Подпись

Подписываясь ниже, вы подтверждаете, что сведения в этом заявлении являются достоверными и правильными, независимо от того, как они были предоставлены: лично вами или представителем. Вы также подтверждаете, что получили информацию о своих правах, изложенную после данного раздела и ознакомились с ней.

Подпись или отметка: _____ Дата: _____

ФИО (печатными буквами): _____

Степень родства с заявителем: _____

☐

Лично (совершеннолетний заявитель)

☐

Назначенный судом
опекун совершеннолетнего

☐

Родитель-опекун или законный опекун несовершеннолетнего

Уведомления, права и сведения о вас

Департамент социального обеспечения штата Орегон не допускает дискриминации.

ODHS обслуживает каждого заявителя, имеющего право на получение услуг. ODHS не будет относиться к заявителям по-разному на основании возраста, расы, гендера, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания, политических убеждений, ограниченных возможностей здоровья или сексуальной ориентации. Если вы считаете, что в ODHS с вами обошлись несправедливо, можно подать жалобу в Общественную приемную губернатора по телефону **800-442-5238**.

Для чего нам необходим ваш номер в системе социального страхования

Федеральные законы (42 USC 1320b-7(a) и (b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 и 42 CFR 457.340(b)), а также OAR 461-120-0210 обязывают заявителей указывать ODHS и Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) номер в системе социального страхования (SSN) при подаче заявлений на получение медицинских пособий, за исключением случаев, указанных в OAR 461-120-0210. **ODHS и ОНА будут использовать номер SSN для определения права на получение пособий.** ODHS и ОНА могут использовать номер SSN для сопоставления сведений в заявлении с данными других государственных и федеральных программ и ведомств, таких как:

- IRS
- Medicaid
- Социальное обеспечение
- Департамент трудоустройства штата Орегон

ODHS и ОНА также могут использовать номер SSN для подготовки сводных данных или отчетов для финансирующих организаций о программах, на которые вы подаете заявление или которыми пользуетесь. В частности, ODHS и ОНА могут использовать или раскрывать номер SSN финансирующим организациям для следующих целей:

- Обеспечение функционирования программы, на которую вы подаете заявление или которой пользуетесь
- Проведение мероприятий по оценке и повышению качества
- Проверка правильности сумм выплат
- Ведение дел с поставщиками услуг
- Возврат излишне выплаченных пособий

Защита сведений о вас

CDDP и ODHS обеспечат защиту ваших сведений и документов. Она осуществляется в соответствии с политиками конфиденциальности и безопасности ODHS (ORS 179.505 и ORS 179.507). CDDP необходимо разрешение на запрос и предоставление документов, связанных с ограниченными возможностями здоровья.

Прочие сведения, связанные с заявлением

- Подача заявления является добровольной; **заявитель или законный представитель могут отозвать этот запрос в любое время.**
- Для получения дополнительных сведений об услугах ODDS ознакомьтесь с брошюрой Choosing Developmental Disability Services for Children and Adults («Выбор услуг для детей и взрослых с особенностями развития») ([форма de0338](#))
- Прием считается завершенным после подписания этой формы, подачи ее вместе с формами разрешения на предоставление информации и прохождения собеседования в CDDP округа проживания заявителя или опекуна (для несовершеннолетнего).
- Понятия «прием» и «заполненное заявление» определены в [OAR 411-320-0020](#).
- Большинство решений принимается в течение 90 дней, если не требуется дополнительное время. **Необходимо обратиться в местный CDDP для заполнения заявления и предоставления необходимых документов.** CDDP может направить вас на диагностическое обследование в соответствии с ORS 410.060 и 427.105.
- Заполненное заявление, в соответствии с описанием в [OAR 411-320-0080](#), означает, что CDDP располагает всем необходимым для принятия решения о праве на получение услуг. Настоящая форма:
 - ▶ Разрешения и
 - ▶ Все необходимые документы и записи.CDDP направит вам письменное уведомление о решении в течение 10 дней с момента подачи заполненного заявления.
- Уведомления о решении содержат информацию о праве на слушание. Если вы не согласны с решением CDDP, можно в любое время подать запрос на рассмотрение дела в рамках слушания. Подробности изложены в главе 183 ORS и OAR 411-318-0025. Для подачи запроса на слушание:
 - ▶ заполните форму запроса на административное слушание ([SDS 0443DD](#)), или
 - ▶ обратитесь с устным запросом к сотруднику CDDP или ODHS.

Печать

Сброс