

Mẫu đơn đăng ký và phòng vấn dành cho Chương trình Dịch vụ Khuyết tật Phát triển

Các định dạng và ngôn ngữ khác:

Quý vị có thể nhận tài liệu SDS 0552 này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị mong muốn miễn phí. Liên hệ Văn phòng Dịch vụ Khuyết tật Phát triển tại DD.DirectorsOffice@odhsoha.oregon.gov hoặc 503-945-5811 (gọi thoại/nhắn tin). Chúng tôi tiếp nhận mọi cuộc gọi chuyển tiếp.

Chỉ dành cho văn phòng Chương trình Khuyết tật Phát triển Cộng đồng (CDDP):

Ngày giới thiệu: _____

Ngày phỏng vấn tiếp nhận: _____

CDDP: _____

☐ Đơn đăng ký ban đầu ☐ Đăng ký lại

Medicaid: ☐ Có Số Medicaid hoặc Prime: _____

☐ Không, ngày giới thiệu đến Chương trình Y tế Oregon (OHP) hoặc Chương trình đủ điều kiện Oregon (ONE): _____

Nguồn giới thiệu:

☐ Bản thân hoặc người giám hộ ☐ Gia đình hoặc bạn bè

☐ Nhà cung cấp dịch vụ giới thiệu

☐ Đối tác cộng đồng ☐ Khác: _____

Thông tin người đăng ký

Lưu ý: “quý vị” và “của quý vị” trong tài liệu này dùng để chỉ người đăng ký.

Tên hợp pháp: _____ Chữ cái đầu tên đệm: _____

Họ: _____

Các tên khác được sử dụng trên hồ sơ (vui lòng liệt kê):

Tên thường gọi: _____

Đại từ xưng hô thường dùng: _____

Giới tính: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Bản dạng giới: _____

☐ Từ chối trả lời Ngày sinh: _____

Số An sinh Xã hội: _____

☐ Không có số An sinh Xã hội

Không bắt buộc phải có tư cách công dân để đủ điều kiện tham gia ODDS.
Nhiều dịch vụ không yêu cầu tư cách công dân theo quy định về gánh nặng xã hội. **Xem các câu hỏi thường gặp (FAQ)** trên trang web của Sở Tư pháp Oregon: www.doj.state.or.us/oregon-department-of-justice/civil-rights/sanctuary-promise/community-toolkit/.

Tình trạng hôn nhân:

Chọn một

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Độc thân | ☐ Đã kết hôn | ☐ Ly thân |
| ☐ Đã ly hôn | ☐ Góa bụa | ☐ Sống chung như vợ chồng |
| ☐ Quan hệ đối tác dân sự | ☐ Không muốn tiết lộ | |

Địa chỉ nhà hoặc hộp thư bưu điện: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Quý vị có nhận thư tại địa chỉ này không? ☐ Có ☐ Không

Số điện thoại: _____ Số điện thoại nhận tin nhắn: _____

Email: _____

Quý vị muốn Sở Dịch vụ Nhân sinh (ODHS) liên hệ với ai khác?

Đánh dấu vào một hoặc nhiều ô tùy ý.

☐ Cha/mẹ ☐ Người giám hộ hợp pháp

☐ Người có quyền nuôi dưỡng chính

☐ Người đại diện về chăm sóc sức khỏe (ORS 127.505)

☐ Khác (mô tả): _____

Có người nào khác có thẩm quyền pháp lý để đưa ra quyết định thay cho quý vị không?

☐ Có (Nếu có, vui lòng liệt kê tên bên dưới) ☐ Không

Mỗi quan hệ (ví dụ: cha/mẹ có quyền nuôi con, người giám hộ):

Tên: _____ Họ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Số điện thoại: _____ Email: _____

Thông báo về việc đủ điều kiện

Quý vị có muốn nhận một bản sao thông báo quyết định về việc đủ điều kiện đã được gửi cho người nào khác ngoài quý vị không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị muốn gửi thông báo quyết định cho ai?

☐ (Những) người tương tự đã liệt kê ở trên

☐ Khác (điền thông tin vào bên dưới)

Tên: _____ Họ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Số điện thoại: _____ Email: _____

ODHS phải có văn bản ủy quyền để:

- Tiết lộ thông tin, và
- Thông báo cho người khác ngoài quý vị hoặc người giám hộ hợp pháp.

Chủng tộc, Sắc tộc, Ngôn ngữ và Khuyết tật (REALD) (OAR 943-070-0030)

Việc trả lời các câu hỏi trong mẫu được liên kết bên dưới có thể giúp ODHS tìm hiểu thêm về quý vị. Mặc dù không bắt buộc, nhưng điều này có thể giúp ODHS phát hiện và giải quyết các khác biệt về sức khỏe hoặc dịch vụ. Điều này cho phép mọi người nhận được dịch vụ chăm sóc với chất lượng cao nhất.

REALD-ODHS [Mẫu me0074](#) hoặc [Mẫu me0074b dành cho cha/mẹ hoặc người giám hộ của trẻ vị thành niên](#).

Sở Dịch vụ Nhân sinh Oregon (ODHS) hỏi mọi người về:

- Chủng tộc
- Sắc tộc
- Khả năng
- Ngôn ngữ ưu tiên
- Nhu cầu về thông dịch viên

Chỉ dành cho nhân viên CDDP: Đính kèm mẫu REALD đã điền đầy đủ vào đơn đăng ký này

Sức khỏe và tình trạng khuyết tật

ODHS thu thập thông tin về tình trạng và tiền sử của tất cả mọi người. Thông tin này giúp tìm kiếm hồ sơ để xác định việc đủ điều kiện và điều phối các dịch vụ hoặc việc chăm sóc. Hãy nêu càng chi tiết càng tốt về bệnh sử của quý vị. Nếu không chắc chắn về ngày tháng, hãy ghi ra các ngày mà quý vị cho là gần với thời điểm nhận dịch vụ.

Quý vị đã từng nộp đơn đăng ký hoặc nhận dịch vụ dành cho người khuyết tật thông qua bất kỳ chương trình nào sau đây chưa? Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp.

☐ Khuyết tật trí tuệ và phát triển (I/DD) ở bất kỳ tiểu bang nào (liệt kê tiểu bang)

☐ Phúc lợi trẻ em Ngày: _____

☐ Tự túc Ngày: _____

☐ Phục hồi chức năng nghề nghiệp Ngày: _____

☐ Sức khỏe hành vi hoặc Tâm thần Ngày: _____

☐ Khác (liệt kê): _____

Tình trạng phát triển

Nhà cung cấp dịch vụ hoặc phòng khám cho biết quý vị mắc những tình trạng nào? Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp.

☐ Dưới 7 tuổi: Chậm phát triển toàn diện hoặc chậm đạt được các cột mốc phát triển

☐ Khuyết tật trí tuệ

☐ Động kinh (rối loạn co giật)

☐ Bại não

☐ Hội chứng Down

☐ Tổn thương não

☐ Rối loạn phổ tự kỷ

☐ Rối loạn phổ rượu bào thai

☐ Phơi nhiễm trước sinh với thuốc hoặc độc tố khác

☐ Các rối loạn phát triển khác

Tình trạng này bắt đầu khi quý vị bao nhiêu tuổi? _____

Tình trạng này ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống hàng ngày của quý vị?

Quý vị cần những hỗ trợ nào do tình trạng khuyết tật trí tuệ hoặc phát triển của mình? Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp.

- | | |
|--|--|
| ☐ Tự chăm sóc | ☐ Các hoạt động chăm sóc sức khỏe |
| ☐ Đưa ra quyết định | ☐ Các hoạt động cộng đồng hoặc xã hội |
| ☐ Quản lý tiền bạc | ☐ Sinh hoạt tại nhà |
| ☐ Khác: _____ | |

Các tình trạng khác

Ngay cả khi quý vị không có khuyết tật phát triển, quý vị còn có những tình trạng nào khác? Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp.

- | | |
|---|--|
| ☐ Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) hoặc tình trạng sức khỏe hành vi khác | |
| ☐ Rối loạn học tập | ☐ Suy giảm chức năng vận động |
| ☐ Khiếm thính, khiếm thị hoặc cả hai | |
| ☐ Rối loạn liên quan đến việc sử dụng chất | |
| ☐ Khác | |

Bảo hiểm y tế

Quý vị có bảo hiểm không? Nếu có, hãy ghi số ID của chương trình bảo hiểm.

- ☐ Bảo hiểm y tế thông qua công việc

Số ID của chương trình bảo hiểm: _____

- ☐ Bảo hiểm y tế quý vị tự chi trả

Số ID của chương trình bảo hiểm: _____

- ☐ Chương trình Y tế Oregon (OHP)

Số ID của chương trình bảo hiểm: _____

- ☐ Medicaid

Số ID của chương trình bảo hiểm: _____

☐ Medicare

Số ID của chương trình bảo hiểm: _____

☐ Không có bảo hiểm y tế

Thông tin và hồ sơ nhà cung cấp dịch vụ

Nhà cung cấp dịch vụ hoặc phòng khám nào đã cung cấp cho quý vị những thông tin sau?

- Đánh giá hoặc thẩm định
- Các xét nghiệm cho biết quý vị mắc các tình trạng trên hoặc
- Thông tin khác về tình trạng của quý vị.

Họ có thể là:

- Chuyên viên tâm lý
- Chuyên gia tâm lý học thần kinh
- Bác sĩ tâm thần
- Bác sĩ chuyên khoa thần kinh
- Bác sĩ nhi khoa chuyên về phát triển
- Chuyên gia di truyền học
- Nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần

Ví dụ: liệt kê nhà cung cấp hoặc phòng khám mà quý vị đã đến để kiểm tra chỉ số IQ, thực hiện đánh giá tâm lý, y tế hoặc di truyền liên quan đến tình trạng khuyết tật của quý vị hoặc để đánh giá sức khỏe tâm thần.

Ví dụ về cách điền thông tin:

Ngày khám: 2016-2020

Tên nhà cung cấp dịch vụ hoặc phòng khám: OHSU—Sam Jackson Blvd, Portland

Chẩn đoán hoặc loại đánh giá: Đánh giá tại Phòng khám tự kỷ - tái khám

Thông tin nhà cung cấp dịch vụ 1

Ngày khám: _____

Tên nhà cung cấp dịch
vụ hoặc phòng khám: _____

Chẩn đoán hoặc loại đánh giá: _____

Thông tin nhà cung cấp dịch vụ 2

Ngày khám: _____

Tên nhà cung cấp dịch
vụ hoặc phòng khám: _____

Chẩn đoán hoặc loại đánh giá: _____

Thông tin nhà cung cấp dịch vụ 3

Ngày khám: _____

Tên nhà cung cấp dịch
vụ hoặc phòng khám: _____

Chẩn đoán hoặc loại đánh giá: _____

Thông tin bác sĩ chăm sóc chính

Ai là bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị? Địa chỉ, số điện thoại và email là gì, nếu có?

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Thông tin nhà cung cấp dịch vụ khác 1

Những nhà cung cấp dịch vụ khác của quý vị là ai? Địa chỉ, số điện thoại và email là gì, nếu có?)

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Thông tin của nhà cung cấp dịch vụ khác 2

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Bệnh viện và trung tâm chăm sóc

Quý vị có từng ở lại một trung tâm hoặc bệnh viện do tình trạng khuyết tật không?

☐

Có

☐

Không

Đôi khi, ODHS cần thông tin hoặc hồ sơ từ những nơi này. Hãy liệt kê bên dưới.

Bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc 1

Ngày: _____

Tên cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Địa điểm của cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc 2

Ngày: _____

Tên cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Địa điểm của cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc 3

Ngày: _____

Tên cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Địa điểm của cơ sở hoặc bệnh viện: _____

Thu nhập

Thu nhập của quý vị là bao nhiêu và đến từ những nguồn nào? Đánh dấu vào tất cả các nguồn mà quý vị nhận được. Chỉ liệt kê thu nhập của quý vị; không bao gồm các khoản thu nhập khác của hộ gia đình.

- | | |
|---|---|
| ☐ Việc làm | ☐ Trợ cấp khuyết tật tư nhân |
| ☐ Tiền cấp dưỡng nuôi con nhận được | ☐ Hỗ trợ Tạm thời cho các Gia đình Khó khăn (TANF) |
| ☐ Quỹ tín thác | ☐ Trợ cấp cựu chiến binh |
| ☐ Tài khoản Có được Trải nghiệm cuộc sống Tốt hơn (ABLE) | ☐ Hỗ trợ nhận con nuôi hoặc quyền giám hộ |
| ☐ Không có thu nhập | ☐ Khác: _____ |

Nếu quý vị **chưa có** tài khoản ABLE và muốn tìm hiểu thêm về chương trình này, hãy truy cập: oregonablesavings.com

Thông tin khác

Có thông tin nào khác về quý vị có thể hữu ích với chúng tôi không?

An sinh Xã hội

Một số người khuyết tật có thể hội đủ điều kiện tham gia các chương trình khuyết tật liên bang do Cơ quan An sinh Xã hội (SSA) quản lý:

- Bảo hiểm khuyết tật An sinh Xã hội (SSDI), hoặc
- Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI).

Quý vị hiện có đang nhận bất kỳ loại trợ cấp An sinh Xã hội nào không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị bắt đầu nhận trợ cấp khi nào? _____

Số tiền Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội (SSDI) là bao nhiêu? \$ _____

Số tiền Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) là bao nhiêu? \$ _____

Nếu không nhận SSDI hoặc SSI, quý vị đã nộp đơn xin trợ cấp An sinh Xã hội chưa?

☐ Có, đang chờ xử lý ☐ Có, bị từ chối ☐ Không

Ngày nộp đơn xin SSDI hoặc SSI: _____

Quý vị có thể tìm hiểu thêm trên [trang web An sinh Xã hội](#) nếu cần nộp đơn, nộp đơn lại hoặc kháng cáo việc bị từ chối cấp trợ cấp SSDI hoặc SSI. Quý vị cũng có thể liên hệ với [văn phòng SSA địa phương](#) để nộp đơn.

Những nguồn tài liệu này có thể hữu ích:

- Hiểu về SSI: socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm
- Số tiền chi trả SSI: ssa.gov/oact/cola/SSI.html

Quá trình học tập

☐ Người đăng ký có phải là trẻ em dưới 5 tuổi và không tham gia chương trình Can thiệp sớm (EI) hoặc không đi học không? **Nếu quý vị đánh dấu vào ô này, hãy bỏ qua phần này.**

Quý vị đã học tại những trường nào gần đây nhất và đã tham gia chương trình can thiệp sớm nào, cho đến bậc đại học?

Tên trường hoặc chương trình EI hiện tại hoặc gần đây nhất:

Ngày bắt đầu: _____ Ngày kết thúc: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____

Tên trường trước đây:

Ngày bắt đầu: _____ Ngày kết thúc: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____

Quý vị đã từng nhận được dịch vụ giáo dục đặc biệt tại bất kỳ trường học nào chưa?

☐ Có ☐ Chưa

Các ví dụ:

- Can thiệp sớm
- Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP)
- Chương trình Giáo dục cá nhân hóa (IEP) hoặc
- Kế hoạch 504.

Nếu có, đó là những loại dịch vụ nào? Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp.

☐ Vật lý trị liệu ☐ Âm ngữ trị liệu ☐ Hoạt động trị liệu
☐ Dịch vụ chuyển tiếp ☐ Các xét nghiệm hoặc đánh giá chuyên khoa
☐ Khác: _____

Có những trường học, loại dịch vụ dành cho người khuyết tật hoặc chi tiết nào khác có thể giúp ODHS nắm được thông tin về tình trạng khuyết tật của quý vị không?

Quý vị đã nhận được loại bằng nào nếu đã tốt nghiệp trung học phổ thông?

☐ Không áp dụng N/A ☐ Chính quy ☐ GED
☐ Được sửa đổi ☐ Chứng chỉ ☐ Chưa tốt nghiệp
☐ Không rõ

Lịch sử pháp lý

Quý vị có tiền án hoặc hồ sơ tòa án vị thành niên không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy điền các thông tin sau:

Tiểu bang và quận nơi vi phạm: _____

Tên hành vi vi phạm: _____

Tên nhân viên ân xá hoặc quản chế: _____

Số điện thoại: _____

Thông tin pháp lý khác:

Chữ ký

Bằng cách ký tên dưới đây, quý vị cam đoan rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác, cho dù được cung cấp bởi quý vị hay người đại diện. Quý vị cũng xác nhận rằng mình đã nhận được và xem xét các quyền của quý vị nằm ở phần sau của mục này.

Chữ ký hoặc điểm chỉ: _____ Ngày: _____

Viết in hoa họ tên: _____

Mối quan hệ với người đăng ký: _____

- ☐ Bản thân (người đăng ký là người trưởng thành)
- ☐ Người giám hộ do tòa án chỉ định cho người trưởng thành
- ☐ Cha/mẹ có quyền nuôi con hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên

Các thông báo, quyền và thông tin của quý vị

Sở Dịch vụ Nhân sinh Oregon không phân biệt đối xử.

ODHS phục vụ tất cả người đăng ký đủ điều kiện nhận dịch vụ. ODHS sẽ không đối xử phân biệt với những người đăng ký vì lý do tuổi tác, chủng tộc, giới tính, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, quan điểm chính trị, tình trạng khuyết tật hoặc xu hướng tính dục. Nếu cho rằng ODHS đã đối xử không công bằng với mình, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn phòng Biện hộ của Thống đốc theo số **800-442-5238**.

Tại sao chúng tôi cần số An sinh Xã hội của quý vị

Luật liên bang, 42 USC 1320b-7(a) và (b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, và 42 CFR 457.340(b) cũng như OAR 461-120-0210 yêu cầu người đăng ký phải cung cấp cho ODHS và Cơ quan Y tế Oregon (OHA) số An sinh Xã hội (SSN) trên các đơn đăng ký nhận trợ cấp y tế, ngoại trừ trường hợp được nêu trong OAR 461-120-0210. **ODHS và OHA sẽ sử dụng số SSN của quý vị để giúp quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không.** ODHS và OHA có thể sử dụng số SSN của quý vị để đối chiếu thông tin trên đơn đăng ký với hồ sơ của các chương trình và cơ quan khác của tiểu bang và liên bang, chẳng hạn như:

- Sở Thuế vụ (IRS)
- Medicaid
- An sinh Xã hội
- Sở Việc làm Oregon

ODHS và OHA cũng có thể sử dụng số SSN của quý vị để lập dữ liệu hoặc báo cáo tổng hợp cho các cơ quan tài trợ về các chương trình quý vị đăng ký và nhận trợ cấp. Cụ thể, ODHS và OHA có thể sử dụng hoặc tiết lộ SSN của quý vị cho các cơ quan tài trợ để:

- Vận hành chương trình mà quý vị đăng ký hoặc nhận trợ cấp
- Thực hiện các hoạt động đánh giá và cải thiện chất lượng
- Xác minh số tiền chi trả chính xác
- Làm việc với các nhà cung cấp dịch vụ
- Thu hồi các khoản trợ cấp đã chi trả quá mức

Bảo vệ thông tin của quý vị

CDDP và ODHS sẽ bảo vệ thông tin và hồ sơ của quý vị. Họ thực hiện điều này theo các chính sách bảo mật và quyền riêng tư của ODHS, ORS 179.505 và ORS 179.507. CDDP cần sự ủy quyền của quý vị để yêu cầu và tiết lộ hồ sơ liên quan đến tình trạng khuyết tật của quý vị.

Thông tin khác liên quan đến đơn đăng ký

- Việc đăng ký là tự nguyện; **quý vị hoặc người đại diện hợp pháp của quý vị có thể rút lại yêu cầu này vào bất kỳ lúc nào.**
- Để biết thêm thông tin về các dịch vụ ODDS, vui lòng xem tài liệu “Lựa chọn Dịch vụ khuyết tật phát triển dành cho trẻ em và người lớn” ([mẫu de0338](#))
- Quá trình tiếp nhận được hoàn tất khi quý vị ký tên vào mẫu này, nộp mẫu này cùng với các mẫu cho phép tiết lộ thông tin, đồng thời hoàn thành một cuộc phỏng vấn với CDDP tại quận nơi quý vị hoặc người giám hộ của quý vị (đối với trẻ vị thành niên) sinh sống.
- Việc tiếp nhận và đơn đăng ký đầy đủ được định nghĩa trong [OAR 411-320-0020](#).
- Hầu hết các quyết định được đưa ra trong vòng 90 ngày trừ khi cần thêm thời gian. **Quý vị phải làm việc với CDDP tại địa phương để hoàn thiện đơn đăng ký và cung cấp các tài liệu cần thiết.** CDDP có thể yêu cầu quý vị tham gia một buổi đánh giá chẩn đoán theo ORS 410.060 và 427.105.
- Một đơn đăng ký hoàn chỉnh, như được mô tả trong [OAR 411-320-0080](#), có nghĩa là CDDP đã có những gì cần thiết để đưa ra quyết định về tính hội đủ điều kiện. Mẫu này:
 - ▶ Các văn bản ủy quyền tiết lộ, và
 - ▶ Tất cả các tài liệu và hồ sơ cần thiết.CDDP sẽ gửi cho quý vị một thông báo quyết định bằng văn bản trong vòng 10 ngày kể từ ngày hoàn tất đơn đăng ký.
- Các thông báo quyết định có bao gồm thông báo về quyền điều trần. Nếu không đồng ý với quyết định của CDDP, quý vị có thể yêu cầu tổ chức một phiên điều trần về vụ việc tranh chấp vào bất kỳ lúc nào. Chi tiết xem tại Chương 183 của ORS và OAR 411-318-0025. Để đưa ra yêu cầu điều trần:
 - ▶ Điền vào Mẫu yêu cầu điều trần hành chính ([SDS 0443DD](#)), hoặc
 - ▶ Đưa ra yêu cầu bằng lời nói với một nhân viên của CDDP hoặc ODHS.

In

Đặt lại