

Запрос на установление правомочности в отдел обслуживания лиц с нарушениями развития

For CDDP office use only

Date received	CDDP receiving form	<input type="checkbox"/> Initial application
		<input type="checkbox"/> Reapplication
Title XIX Medicaid (OSIPM or MAGI) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	OHP number or OHP referral date	Prime number

Информация о заявителе (пожалуйста, пишите печатными буквами)

Фамилия:	Имя:	Инициал отчества:	Пол:
Номер в системе социального обеспечения	Дата рождения:	Место рождения:	Семейное положение:
Адрес проживания:	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (если отличается):	Город	Штат	Почтовый индекс
Основной номер телефона:	Адрес эл. почты (указывается по желанию):		

Основное контактное лицо, родитель-опекун или опекун (если применимо)

Имя, фамилия	Кем приходится (например, родитель-опекун, опекун)		
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Основной номер телефона:	Адрес эл. почты (указывается по желанию):		

Был ли заявителю предоставлен опекун, **назначенный судом?** Да Нет

Имя, фамилия, адрес и номер телефона назначенного опекуна (отметьте, если это то же лицо, что указано выше)

Имеется ли у заявителя представитель по вопросам медицинского обслуживания? ORS 127.505 Да Нет

Имя, фамилия, адрес, и номер телефона представителя по вопросам медицинского обслуживания (отметьте, если это то же лицо, что указано выше)

Направление в общественную программу для лиц с нарушениями развития (CDDP)

Имя, фамилия и должность лица, выдавшего направление заявителю		Номер телефона
Приходилось ли заявителю ранее получать или подавать заявление на получение услуг по программе, предоставляющей поддержку лицам с ограниченными возможностями в штате Орегон или любом другом штате?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пожалуйста, укажите округ штата Орегон или название другого штата(-ов)		
Предпочтительный формат общения (Административное правило OAR 943-070-0040)		
На каком языке вы хотели бы с нами разговаривать?		
На каком языке вы предпочитаете вести с нами переписку?		
Требуется ли вам переводчик (включая сурдоперевод)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Прочие предпочтения в обмене информацией:		

Этническая принадлежность заявителя (Административное правило OAR 943-070-0030)

Этническая принадлежность (Отметьте все варианты, которые к вам относятся)

<input type="checkbox"/> Латиноамериканец:	<input type="checkbox"/> Не латиноамериканского происхождения
<input type="checkbox"/> Кубинец	<input type="checkbox"/> Неизвестно
<input type="checkbox"/> Мексиканец	<input type="checkbox"/> Другое:
<input type="checkbox"/> Пуэрториканец	<input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
<input type="checkbox"/> Латиноамериканец из Южной или Центральной Америки.	
<input type="checkbox"/> Другое	

**Расовая принадлежность заявителя
(Административное правило OAR 943-070-0030)**

Расовая принадлежность (Отметьте все варианты, которые к вам относятся)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Коренной житель Аляски
- Американский индеец
- Канадский инуит, метис или член племени канадских аборигенов (First Nation)
- абориген Мексики, Центральной Америки или Южной Америки
- Прочий представитель коренных народов США

- Азиат
- Азиатский индус
- Китаец
- Филиппинец
- Хмонг
- Японец
- Кореец
- Лаосец
- Уроженец Южной Азии
- Вьетнамец
- Прочий азиат

- Белый
- Уроженец Восточной Европы
- Уроженец Ближнего Востока
- Уроженец Северной Африки
- Славянин
- Уроженец Западной Европы
- Белый другого происхождения

- Афроамериканец или чернокожий
- Африканец
- Афроамериканец
- Уроженец Карибских островов
- Чернокожий иного происхождения

- Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов
- Уроженец Гуама или чаморро
- Коренной гаваец
- Самоанец
- Прочий житель Океании

- Другое:
- Неизвестно
- Отказываюсь отвечать

Нарушения развития

Опишите характер ваших ограниченных возможностей и укажите возраст, когда они впервые были замечены

Нарушения интеллектуального развития	
Наблюдаемое или диагностированное заболевание	Если поставлен диагноз, укажите врача и дату постановки диагноза
<input type="checkbox"/> Нарушения интеллектуального развития	
<input type="checkbox"/> Общая задержка развития	
<input type="checkbox"/> Задержка основных этапов развития	
Прочие нарушения развития	
Наблюдаемое или диагностированное заболевание	Если поставлен диагноз, укажите врача и дату постановки диагноза
<input type="checkbox"/> Расстройство аутистического спектра	
<input type="checkbox"/> Церебральный паралич	
<input type="checkbox"/> Синдром Дауна	
<input type="checkbox"/> Эпилепсия	
<input type="checkbox"/> Подверженность воздействию наркотических средств, алкоголю и прочим токсинам во время беременности	
<input type="checkbox"/> Синдром Туретта	
<input type="checkbox"/> Приобретенное/травматическое повреждение головного мозга	
<input type="checkbox"/>	
Прочие заболевания	
Наблюдаемое или диагностированное заболевание	Если поставлен диагноз, укажите врача и дату постановки диагноза
<input type="checkbox"/> Синдром дефицита внимания/гиперактивности	
<input type="checkbox"/> Депрессивное расстройство	
<input type="checkbox"/> Нарушение речи	
<input type="checkbox"/> Биполярное расстройство или расстройство личности	
<input type="checkbox"/> Посттравматическое стрессовое расстройство	
<input type="checkbox"/> Избирательное нарушение способности к обучению	
<input type="checkbox"/> Расстройство, связанное со злоупотреблением алкоголя или наркотиков	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Поставщики медицинских услуг		
Имя лечащего врача или название клиники	Место нахождения	Номер телефона
Имя стоматолога или название клиники	Место нахождения	Номер телефона
Предпочитаемая больница	Место нахождения	Номер телефона

Оценка ограниченных возможностей

Пожалуйста, перечислите специалистов, которые проводили оценку имеющихся у вас ограниченных возможностей. Укажите психологов, нейропсихологов, психиатров, неврологов, педиатров, специализирующихся в области психического развития, генетиков и поставщиков услуг психического здоровья. К примеру, укажите специалистов, у которых вы проходили тест IQ, психологическую оценку, медицинский осмотр или генетическую оценку своих ограниченных возможностей или оценку психического здоровья.

Дата:	Имя специалиста или название клиники:	Вид проводимой оценки:
Место нахождения (если известно, укажите адрес)		Номер телефона
Дата:	Имя специалиста или название клиники:	Вид проводимой оценки:
Место нахождения (если известно, укажите адрес)		Номер телефона
Дата:	Имя специалиста или название клиники:	Вид проводимой оценки:
Место нахождения (если известно, укажите адрес)		Номер телефона
Дата:	Имя специалиста или название клиники:	Вид проводимой оценки:
Место нахождения (если известно, укажите адрес)		Номер телефона
Вы когда-либо поступали в лечебный центр или больницу для получения психиатрической или медицинской помощи?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата:	Название и место нахождения учреждения или название больницы	

Другие социальные службы (к примерам относятся центр соц. обеспечения для детей, центр поддержки самообеспечения, управление профессиональных реабилитационных услуг, служба охраны психического здоровья)

Дата начала/окончания обслуживания	Место нахождения службы или поставщика услуг	Имя контактного лица
------------------------------------	--	----------------------

Дата начала/ окончания обслуживания	Место нахождения службы или поставщика услуг	Имя контактного лица
Дата начала/окончания обслуживания	Место нахождения службы или поставщика услуг	Имя контактного лица

Медицинская страховка

Медицинская страховка заявителя

<input type="checkbox"/> Частное медицинское страхование; Страховая компания	<input type="checkbox"/> Программа мед. страхования Oregon Health Plan Номер страхового полиса Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare. Номер страхового плана
--	---	--

На данный момент у меня нет медицинской страховки.

Правомочность на получение некоторых видов услуг, связанных с нарушением развития напрямую зависит от вашей правомочности на получение страховки по программе Medicaid. Если вы еще не подали заявление, обратитесь в программу CDDP, чтобы узнать, как это сделать.

Подали ли вы заявление на получение медицинской страховки? Да Нет

Источник личного дохода заявителя

Личный доход заявителя (отметьте все, что к вам относится; остальной доход семьи указывать не нужно)

<input type="checkbox"/> Трудоустройство	<input type="checkbox"/> TANF (временная помощь малообеспеченным семьям)
<input type="checkbox"/> Тростовый фонд(ы)	<input type="checkbox"/> Частные пособия по инвалидности
<input type="checkbox"/> Алименты на ребенка, предназначенные для заявителя	<input type="checkbox"/> Пособия, связанные с усыновлением или опекуном
<input type="checkbox"/> Пособия для бывших военнослужащих	<input type="checkbox"/> Доход отсутствует
<input type="checkbox"/> Другое:	<input type="checkbox"/> Другое:

Администрация социального обеспечения

Лица, имеющие ограниченные возможности могут иметь право на участие в одной из двух федеральных программ для лиц с ограниченными возможностями: Социальное страхование на случай инвалидности (SSDI) или Дополнительный социальный доход (SSI). Администрация социального обеспечения (Social Security Administration - SSA) курирует данные программы.

Обращались ли вы ранее за пособием по социальному обеспечению?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата заявления
Получаете ли вы пособия по социальному обеспечению в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата начала

<input type="checkbox"/>	Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)	Сумма
<input type="checkbox"/>	Страховка социального обеспечения в связи с ограниченными возможностями	Сумма
Вам приходилось когда-либо терять пособие SSI в связи с получением заработка, пособия по социальному обеспечению от вашего родителя или прибавки на инфляцию?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<p>Если вы ранее не подавали заявление на получение пособий SSI/SSDI, вы можете узнать подробнее о пособиях по социальному обеспечению на сайте Администрации социального обеспечения. Обратитесь в ваш местный офис Администрации социального обеспечения для того, чтобы подать заявление.</p> <p>Данные ресурсы могут оказаться полезными:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Understanding SSI (Знакомство с пособием SSI): http://www.socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm • SSI Payment Amounts (Размер выплат пособия SSI): http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html 		
Ваше образование		
Название нынешнего или последнего учебного заведения, которое вы посещали		Дата начала
		Дата окончания
Город и штат		
Название предыдущего учебного заведения		Дата начала
		Дата окончания
Город и штат		
Получали ли вы когда-либо услуги специального образования в каком-либо учебном заведении (например, в рамках программы раннего вмешательства, план IEP, или образовательный план 504)?		<input type="checkbox"/> Да
Вы закончили старшие классы школы?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то какой диплом вы получили (или собираетесь получить)?	<input type="checkbox"/> Обычный <input type="checkbox"/> Диплом об общеобразовательной подготовке (GED) <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Сертификат
	<input type="checkbox"/> Диплом-справку	
История правонарушений		
Имеется ли у вас судимость или запись в протоколе суда по делам несовершеннолетних?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Штат и округ, где произошло правонарушение	Характер правонарушения	

Имя, фамилия офицера, надзирающего за освобожденными условно-досрочно	Номер телефона
Дополнительная информация:	

Зачем нам нужен ваш номер социального обеспечения?

Федеральные законы 42 USC 1320b-7(a)&(b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, и 42 CFR 457.340(b), а также административное правило OAR 461-120-0210 требуют от заявителей указывать в департамент ODHS/управление ОНА номер SSN во всех заявлениях на получение медицинских пособий, за исключением случаев, описанных в административном правиле OAR 461-120-0210.

Департамент ODHS и управление ОНА будут использовать ваш номер SSN, чтобы определить, имеете ли вы право на получение пособия. Департамент ODHS и управление ОНА могут использовать ваш номер SSN для проверки информации, указанной в вашем заявлении с записями, предоставленными или созданными программами или агентствами другого штата или федерального правительства, такими как Налоговое управление США (IRS), программа Medicaid, Администрация социального обеспечения и Департамент трудоустройства.

Департамент ODHS и управление ОНА могут также использовать ваш номер SSN по просьбе финансирующей организации для подготовки совокупных данных или отчетов о программах, на участие в которых вы подаете заявление и от которых вы получаете пособия. В частности, департамент ODHS и управление ОНА могут использовать или раскрывать ваш номер SSN для того, чтобы: продолжать работу той программы, на участие в которой вы подаете заявление или в рамках которой вы получаете пособия; проводить оценку качества услуг и вносить улучшения; проверять точность суммы выплат и вести деловые отношения с поставщиками услуг; а также осуществлять возврат излишних платежей.

Уведомление о правомочности участия

Если вы желаете, чтобы копия уведомления о правомочности участия от программы CDDP была выслана еще кому-либо помимо вас, вам необходимо указать имя и адрес данного лица. Программа CDDP должна получить письменное разрешение для того, чтобы иметь возможность предоставлять информацию и отправлять уведомление кому-то помимо заявителя или законного опекуна.

Имя, фамилия	Кем приходится заявителю (<i>например, опекун, представитель</i>)		
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

Подпись

Ставя свою подпись ниже, я соглашаюсь с тем, что вся информация, содержащаяся в данном заявлении является достоверной и точной, вне зависимости от того, была ли она указана мной или моим представителем. Я также подтверждаю, что я получил и рассмотрел уведомление о правах, указанное на следующей странице.

Подпись

Дата:

Имя прописью

Родство

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Сам заявитель
(<i>совершеннолетнее лицо</i>) | <input type="checkbox"/> Опекун, назначенный судом
совершеннолетнему лицу |
| <input type="checkbox"/> Родитель-опекун или законный опекун
ребенка | <input type="checkbox"/> |

Уведомление о правах

- Вы запрашиваете услуги системы штата Орегон для лиц с нарушениями развития. Участие является добровольным; вы можете отозвать данный запрос в любой момент.
- Орегонский департамент социального обеспечения (ODHS) не будет проявлять дискриминацию в отношении какого-либо лица. Департамент ODHS предоставляет свои услуги всем заявителям, которые имеют на них право, и департамент ODHS не будет проявлять иного отношения к кому-либо из заявителей в силу его возраста, расовой принадлежности, пола, цвета кожи, национального происхождения, религиозных убеждений, политических взглядов, наличия ограниченных возможностей или половой ориентации. Если вы полагаете, что в департаменте ODHS к вам отнеслись несправедливо, вы можете подать жалобу в офис по защите прав граждан при губернаторе штата (тел.: 1-800-442-5238).
- Программа CDDP и департамент ODHS будут надежно хранить вашу информацию и записи, в соответствии с правилами департамента ODHS о конфиденциальности и безопасности информации, а также с административными правилами ORS 179.505 и ORS 179.507. Программе CDDP необходимо получить ваше разрешение для того, чтобы запрашивать и предоставлять записи, которые имеют отношение к вашим ограниченным возможностям.

- Первоначальный сбор данных будет завершен, как только вы подпишите и передадите данную форму в программу CDDP **и** подпишите разрешение, которое позволит программе CDDP получать те записи, которые вы не предоставили. Программа CDDP будет помогать вам собрать полный пакет документов для подачи заявления на получение услуг в течение 90 дней. Программа CDDP может связаться с вами для того, чтобы запросить о продлении срока рассмотрения документов более, чем на 90 дней в случае, если программе CDDP потребуются дополнительные документы для принятия решения. Согласно административным правилам ORS 410.060 и 427.105, если программе CDDP потребуется дополнительная информация для подтверждения наличия у вас нарушения развития, программа CDDP может попросить вас пройти диагностическую проверку.
- Прежде, чем принять решение о правомочности, программа CDDP должна получить полный пакет заявления. Полный пакет заявления включает в себя данную форму, а также документы и записи, необходимые для принятия решения о правомочности. После того, как программа CDDP получит все документы, относящиеся к наличию у вас ограниченных возможностей (согласно их описанию в административном правиле OAR 411-320-0080(1)), вам будет выслано письменное уведомление о принятом решении. Такие понятия как сбор данных и полный пакет заявления описаны в административном правиле OAR 411-320-0020.
- Письменное уведомление о решении программы CDDP будет также содержать уведомление о правах на слушание. Если вы не согласны с решением программы CDDP, вы можете подать запрос на рассмотрение спора, согласно Разделу 183 правил ORS и административному правилу OAR 411-318-0025.
- Вы можете подать запрос на рассмотрение спора, заполнив бланк запроса на административное слушание (Administrative Hearing Request Form) ([SDS 0443DD](#)), или сделав устный запрос на проведение слушания через одного из сотрудников программы CDDP или департамента ODHS. Департаменту ODHS необходимо получить запрос на проведение слушания в течение 90 дней с момента получения уведомления о принятии решения о правомочности.
- Вы можете назначить другого человека представлять ваши интересы или подавать запрос на проведение слушания от вашего имени, включая адвоката или родственника, друга или иного представителя. Вы можете указать своего представителя во время подачи запроса на проведение слушания.