

Yêu cầu Ra Quyết định về Khả năng Nhận Trợ cấp từ Văn phòng Dịch vụ Khuyết tật Phát triển

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

Thông tin về đương đơn (vui lòng viết chữ in hoa)

Họ	Tên	Tên lót viết tắt	Giới tính
Số An Sinh Xã Hội	Ngày sinh	Nơi sinh	Tình trạng hôn nhân
Địa chỉ hiện tại	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu cục (ZIP)
Địa chỉ nhận thư (nếu khác)	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu cục (ZIP)
Số điện thoại chính	Địa chỉ email (tùy chọn)		

Người liên lạc chính, phụ huynh nuôi dưỡng hoặc người giám hộ (nếu có)

Tên	Mối quan hệ (ví dụ., cha/mẹ giám hộ, người giám hộ)		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu cục (ZIP)
Số điện thoại chính	Địa chỉ email (tùy chọn)		

Đương đơn có người giám hộ do tòa án chỉ định (court-appointed) không?

Có Không

Tên, địa chỉ và số điện thoại của người giám hộ được chỉ định (ghi chú nếu giống như trên)

Đương đơn có người đại diện chăm sóc sức khỏe không? ORS 127.505

Có Không

Tên, địa chỉ và số điện thoại của người đại diện chăm sóc sức khỏe (ghi chú nếu giống như trên)

Thông tin giới thiệu đến Văn Phòng Chương Trình Khuyết Tật về Phát Triển trong Cộng Đồng (CDDP)

Tên và chức danh của cá nhân đã giới thiệu đương đơn	Số điện thoại
Đương đơn đã có từng nhận, hoặc đã từng nộp đơn xin, các dịch vụ từ một chương trình liên quan đến người khuyết tật tại Tiểu bang Oregon hoặc từ bất kỳ Tiểu bang nào khác ngoài Oregon không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Vui lòng liệt kê Quận Hạt Oregon hoặc (các) Tiểu bang khác	

Hình thức giao tiếp mong muốn của đương đơn (theo OAR 943-070-0040)

Quý vị muốn chúng tôi nói chuyện với quý vị bằng ngôn ngữ nào?	
Quý vị muốn chúng tôi viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?	
Quý vị có cần một thông dịch viên (<i>bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu</i>) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhu cầu về giao tiếp khác:	

Chủng tộc của đương đơn (theo OAR 943-070-0030)Chủng tộc (*Chọn tất cả các ô thích hợp*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Người Hispanic hoặc Người Latino
<input type="checkbox"/> Người Cuba
<input type="checkbox"/> Người Mê-hi-cô
<input type="checkbox"/> Người Puerto Rico
<input type="checkbox"/> Người Nam Mỹ hoặc Trung Mỹ
<input type="checkbox"/> Khác | <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha
<input type="checkbox"/> Không biết
<input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời |
|---|--|

Dân tộc của đương đơn (theo OAR 943-070-0030)Dân tộc (*Chọn tất cả các ô thích hợp*)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản địa hoặc Thổ dân Alaska:
<input type="checkbox"/> Thổ Dân Alaska
<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hoa Kỳ
<input type="checkbox"/> Người Inuit ở Canada, Người Metis hoặc Người Bản địa First Nation
<input type="checkbox"/> Người Mê-hi-cô Bản Địa, Người Trung Mỹ hoặc Người Nam Mỹ
<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Da Đỏ khác | <input type="checkbox"/> Người Châu Á
<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Châu Á
<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc
<input type="checkbox"/> Người Phi-Luật-Tân
<input type="checkbox"/> Người H'mông
<input type="checkbox"/> Người Nhật Bản
<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc
<input type="checkbox"/> Người Lào
<input type="checkbox"/> Người Nam Á
<input type="checkbox"/> Người Việt Nam
<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng
<input type="checkbox"/> Người Đông Âu
<input type="checkbox"/> Người Trung Đông
<input type="checkbox"/> Người Bắc Phi
<input type="checkbox"/> Người Slav
<input type="checkbox"/> Người Tây Âu
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng Khác |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Phi Châu hoặc Người Da đen
<input type="checkbox"/> Người Châu Phi
<input type="checkbox"/> Người Mỹ gốc Phi
<input type="checkbox"/> Người dân vùng biển Ca-ri-bê
<input type="checkbox"/> Người Da đen khác | <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương
<input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii
<input type="checkbox"/> Người Samoa
<input type="checkbox"/> Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác | <input type="checkbox"/> Khác:
<input type="checkbox"/> Không biết
<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời |

Các khuyết tật về phát triển

Mô tả tình trạng khuyết tật của quý vị và độ tuổi tình trạng này được phát hiện

Khuyết tật về trí tuệ

Các căn bệnh được quan sát thấy hoặc chẩn đoán

Nếu có chẩn đoán, hãy liệt kê tên của bác sĩ chẩn đoán và ngày chẩn đoán

Khuyết tật Trí tuệ

Chậm Phát triển Toàn cầu

Các Giai Đoạn Trì Hoãn

Các khuyết tật về phát triển khác

Các căn bệnh được quan sát thấy hoặc chẩn đoán

Nếu có chẩn đoán, hãy liệt kê tên của bác sĩ chẩn đoán và ngày chẩn đoán

Hội chứng Rối loạn Phổ tự kỷ

Bại Não

Hội chứng Down

Bệnh động kinh

Tiếp xúc với thuốc gây nghiện, chất cồn, hoặc (các) độc tố khác trước khi sinh

Rối loạn Tourette

Chấn thương não mắc phải/Chấn thương sọ não

Các bệnh khác

Các căn bệnh được quan sát thấy hoặc chẩn đoán

Nếu có chẩn đoán, hãy liệt kê tên của bác sĩ chẩn đoán và ngày chẩn đoán

Rối loạn Tăng động Giảm Chú ý

Rối loạn Trầm cảm

Rối loạn Ngôn ngữ

Rối Loạn Nhân Cách hoặc Lưỡng Cực

Rối loạn Căng thẳng Sau Chấn thương

Rối loạn Học tập Cụ thể

Rối loạn Liên quan Đến Chất

Các nhà cung cấp dịch vụ y tế

Bác sĩ hoặc phòng khám chính	Địa điểm	Số điện thoại
Nha sĩ hoặc phòng khám	Địa điểm	Số điện thoại
Bệnh viện ưu tiên	Địa điểm	Số điện thoại

Kiểm tra tình trạng khuyết tật

Vui lòng liệt kê các chuyên gia mà đã từng kiểm tra tình trạng khuyết tật cho quý vị. Bao gồm các nhà tâm lý học, nhà tâm lý thần kinh, bác sĩ tâm thần, bác sĩ thần kinh, bác sĩ về phát triển nhi khoa, nhà nghiên cứu di truyền học và các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần. Ví dụ, hãy liệt kê các chuyên gia quý vị đã từng gặp để làm kiểm tra IQ (chỉ số thông minh), thẩm định tâm lý, giám định y khoa hoặc giám định di truyền về tình trạng khuyết tật của quý vị hoặc đánh giá về sức khỏe tâm thần.

Ngày	Tên của chuyên gia hoặc phòng khám	Loại đánh giá
Địa điểm (<i>hãy cung cấp địa chỉ nếu quý vị biết</i>)		Số điện thoại
Ngày	Tên của chuyên gia hoặc phòng khám	Loại đánh giá
Địa điểm (<i>hãy cung cấp địa chỉ nếu quý vị biết</i>)		Số điện thoại
Ngày	Tên của chuyên gia hoặc phòng khám	Loại đánh giá
Địa điểm (<i>hãy cung cấp địa chỉ nếu quý vị biết</i>)		Số điện thoại
Ngày	Tên của chuyên gia hoặc phòng khám	Loại đánh giá
Địa điểm (<i>hãy cung cấp địa chỉ nếu quý vị biết</i>)		Số điện thoại

Quý vị đã từng được đưa vào một trung tâm điều trị hoặc bệnh viện để điều trị tâm thần hoặc điều trị y tế không? Có Không

Ngày	Tên và địa điểm của cơ sở này hoặc tên bệnh viện

Các cơ quan dịch vụ khác (Ví dụ: Cơ quan Phúc lợi Trẻ em/Child Welfare, Chương trình Nâng cao Tính tự lực/Self-Sufficiency, Cơ quan Phục hồi Chức năng Lao động/Vocational Rehabilitation, Sức khỏe Tâm thần/Mental Health)

Ngày bắt đầu/chấm dứt	Địa điểm của cơ quan hoặc bên cung cấp	Tên của người liên lạc
Ngày bắt đầu/chấm dứt	Địa điểm của cơ quan hoặc bên cung cấp	Tên của người liên lạc
Ngày bắt đầu/chấm dứt	Địa điểm của cơ quan hoặc bên cung cấp	Tên của người liên lạc

Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm sức khỏe của đương đơn

<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế Tư Nhân Công ty bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Oregon Health Plan Mã số OHP/Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare Mã số Chương trình
--	---	--

Tôi hiện không có bảo hiểm sức khỏe.

Khả năng nhận một số dịch vụ khuyết tật phát triển nhất định sẽ tùy thuộc vào khả năng được hưởng Medicaid của quý vị. Nếu quý vị chưa đăng ký, hãy hỏi Văn phòng CDDP về quá trình đăng ký.

Quý vị đã đăng ký xin trợ cấp y tế chưa? Có Không

Các nguồn thu nhập cá nhân của đương đơn

Thu nhập cá nhân của đương đơn (chọn tất cả nếu cần; đừng liệt kê thu nhập khác của hộ gia đình)

<input type="checkbox"/> Việc Làm	<input type="checkbox"/> Trợ cấp Tạm thời Cho Gia đình Nghèo khó TANF)
<input type="checkbox"/> (Các) Quỹ tín thác	<input type="checkbox"/> Trợ cấp khuyết tật tư nhân
<input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng nuôi con cho đương đơn	<input type="checkbox"/> Trợ cấp cho cha mẹ nuôi hoặc cho người giám hộ
<input type="checkbox"/> Trợ cấp cựu chiến binh	<input type="checkbox"/> Không có thu nhập
<input type="checkbox"/> Khác:	<input type="checkbox"/> Khác:

An sinh Xã hội

Các cá nhân khuyết tật mà có thể hội đủ điều kiện cho một trong hay chương trình về khuyết tật của liên bang: Trợ cấp An sinh Xã hội cho Người khuyết tật (Social Security Disability Insurance hoặc SSDI) và Phụ cấp An sinh (Supplemental Security Income, hoặc SSI). Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, hoặc SSA) quản lý các chương trình này.

Quý vị đã đăng ký xin trợ cấp An sinh Xã hội chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày đăng ký
Quý vị hiện có đang nhận trợ cấp An sinh Xã hội không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày bắt đầu

Phụ cấp An sinh (SSI) Số tiền

Trợ cấp An sinh Xã hội cho Người khuyết tật (SSDI) Số tiền

Quý vị có bao giờ bị mất tiền SSI do có thu nhập, trợ cấp An sinh Xã hội từ cha mẹ hoặc do được tăng tiền Phụ cấp Chi phí Sinh hoạt (Cost of Living Allowance, hoặc COLA) không? Có Không

Nếu quý vị chưa đăng ký xin SSI/SSDI, quý vị có thể tìm hiểu thêm về các chương trình trợ cấp an sinh xã hội trên [trang web của Sở An Sinh Xã Hội](#) Liên lạc với [Văn phòng SSA địa phương](#) để đăng ký.

Các nguồn lực sau đây có thể hữu ích cho quý vị:

- Tìm hiểu về SSI: <http://www.socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm>
- Số tiền Phụ cấp SSI: <http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>

Lý lịch học vấn		
Tên của trường hiện đang theo học hoặc đã theo học gần đây nhất	Ngày bắt đầu	Ngày cuối
Thành phố và Tiểu bang		
Tên của trường học cũ	Ngày bắt đầu	Ngày cuối
Thành phố và Tiểu bang		
Quý vị có bao giờ được nhận dịch vụ giáo dục đặc biệt tại bất kỳ trường học nào không (ví dụ: chương trình can thiệp sớm, IEP hoặc 504)?	<input type="checkbox"/> Có	
Quý vị đã tốt nghiệp trung học chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu đã tốt nghiệp, loại bằng cấp quý vị đã nhận được (hoặc mong muốn sẽ nhận được) là gì?	<input type="checkbox"/> Văn bằng phổ thông	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Không biết
	<input type="checkbox"/> Văn bằng được sửa đổi	<input type="checkbox"/> Chứng chỉ
Tiểu sử pháp lý		
Quý vị có tiền án hình sự hoặc tiền án vị thành niên nào không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tiểu bang và quận nơi đã phạm tội	Bản chất của tội phạm	
Viên chức tạm tha/quản chế	Số điện thoại	
Thông tin khác		
Vi sao chúng tôi cần Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, viết tắt là SSN) của quý vị?		
<p>Theo các điều luật liên bang, 42 USC 1320b-7(a)&(b), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, và 42 CFR 457.340(b), cũng như OAR 461-120-0210, yêu cầu các đương đơn phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội (SSN) cho Bộ Xã Hội/Cơ Quan Y Tế Oregon (ODHS/OHA) trên các đơn xin trợ cấp y tế, ngoại trừ được nêu trong OAR 461-120-0210.</p> <p>ODHS và OHA sẽ sử dụng Số An Sinh Xã Hội của quý vị để giúp quyết định xem quý vị có hợp lệ để nhận trợ cấp hay không. ODHS và OHA có thể sử dụng Số An Sinh Xã Hội của quý vị để so sánh với thông tin trên đơn xin của quý vị với các hồ sơ được cung cấp cho, hoặc tạo bởi, các chương trình và cơ quan khác của tiểu bang và liên bang, như Sở Thuế Vụ (IRS), Chương trình Medicaid (Chương trình trợ cấp y tế), Bộ An Sinh Xã Hội và Lao Động.</p> <p>ODHS và OHA có thể sử dụng Số An Sinh Xã Hội của quý vị, theo yêu cầu của các cơ quan tài trợ, để chuẩn bị các dữ liệu hoặc các báo cáo tổng hợp về các chương trình mà quý vị đăng ký và được nhận trợ cấp từ. Đặc biệt, ODHS và OHA có thể sử dụng hoặc tiết lộ Số An Sinh Xã Hội của quý vị để: điều hành chương trình mà quý vị đăng ký vào hoặc được nhận trợ cấp từ; chỉ đạo các hoạt động đánh giá và cải thiện chất lượng; xác minh khoản thanh toán chính xác và thiết lập giao dịch với các nhà cung cấp dịch vụ; và thu hồi các khoản trợ cấp bội chi.</p>		

Thông báo về quyết định về tính đủ điều kiện

Nếu quý vị muốn CDDP gửi cho bất kỳ ai khác một bản sao của thư báo quyết định về tính đủ điều kiện (eligibility decision notice), quý vị phải cho chúng tôi biết tên và địa chỉ của cá nhân đó. CDDP cần phải có giấy đồng ý từ quý vị để có thể tiết lộ thông tin và gửi bản sao của thư báo cho bất kỳ cá nhân nào ngoài bản thân đương đơn hoặc người giám hộ hợp pháp của đương đơn.

Tên	Mối quan hệ với đương đơn (ví dụ: người giám hộ, người đại diện)		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu cục (ZIP)

Chữ ký

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng các thông tin trên đơn xin này là đúng và chính xác, cho dù được cung cấp bởi cá nhân tôi hoặc từ người đại diện. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã nhận được và đã xem lại bản thông báo về các quyền lợi ở trang kế tiếp.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Viết tên theo kiểu chữ in

Mối quan hệ

<input type="checkbox"/> Chính bản thân (đương đơn là người trưởng thành)	<input type="checkbox"/> Người bảo hộ được tòa án chỉ định cho người trưởng thành
<input type="checkbox"/> Phụ huynh nuôi dưỡng hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên	<input type="checkbox"/>

Thông báo về các quyền lợi

- Quý vị đang yêu cầu các dịch vụ từ Hệ thống khuyết tật về Phát triển của tiểu bang Oregon. Việc tham gia là tự nguyện; quý vị có thể rút lại yêu cầu này vào bất cứ lúc nào.
- Bộ Xã hội Oregon (ODHS) không phân biệt đối xử với bất kỳ ai. ODHS phục vụ mọi đương đơn hội đủ điều kiện cho các dịch vụ và ODHS sẽ không đối xử với bất kỳ đương đơn nào một cách khác biệt vì tuổi tác, chủng tộc, giới tính, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, quan điểm chính trị, tình trạng khuyết tật hoặc khuynh hướng tình dục. Nếu quý vị tin rằng ODHS đã đối xử với mình một cách không công bằng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Văn Phòng Biện Hộ của Thống Đốc Tiểu Bang (theo số điện thoại 1-800-442-5238).
- CDDP và ODHS sẽ bảo vệ thông tin và hồ sơ của quý vị theo các chính sách về quyền riêng tư và bảo mật của ODHS, ORS 179.505 và ORS 179.507. CDDP cần sự cho phép của quý vị để yêu cầu và tiết lộ các hồ sơ liên quan đến tình trạng khuyết tật của quý vị.

- Việc nhận đơn sẽ hoàn tất khi quý vị ký và nộp mẫu đơn này cho Văn phòng CDDP **và** ký các chứng từ cho phép Văn phòng CDDP thu thập các hồ sơ mà quý vị không cung cấp. Văn phòng CDDP sẽ cộng tác với quý vị để tập hợp một đơn xin hoàn chỉnh cho các dịch vụ này trong vòng 90 ngày. Văn phòng CDDP có thể liên hệ với quý vị để yêu cầu một gia hạn về thời gian quyết định vượt quá 90 ngày, nếu Văn phòng CDDP cần thêm chứng từ tài liệu để đưa ra một quyết định về tư cách hợp lệ. Nếu CDDP cần thêm thông tin để xác định liệu đơn có bị khuyết tật phát triển hay không, CDDP có thể yêu cầu quý vị tham gia một buổi kiểm tra chẩn đoán, phù hợp với ORS 410.060 và 427.105.
- CDDP cần phải nhận được một bộ đơn hoàn chỉnh trước khi đưa ra quyết định về trường hợp của quý vị. Một bộ đơn hoàn chỉnh bao gồm mẫu đơn này, cũng như các chứng từ và hồ sơ cần thiết để đưa ra quyết định về khả năng nhận trợ cấp của quý vị. Khi Văn phòng CDDP nhận được tất cả các chứng từ liên quan đến tình trạng khuyết tật của quý vị (như đã được nêu trong OAR 411-320-0080(1)), Văn phòng CDDP sẽ gửi một văn bản thông báo về quyết định đến cho quý vị. Việc nộp đơn và hoàn tất đơn xin được quy định rõ trong OAR 411-320-0020.
- Văn bản thông báo về quyết định của Văn phòng CDDP sẽ bao gồm thông báo về các quyền yêu cầu phiên điều trần. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Văn phòng CDDP, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần kháng biện, như được quy định rõ trong ORS Chương 183 và OAR 411-318-0025.
- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần kháng biện bằng cách điền vào Đơn Yêu cầu Điều trần Hành chính([SDS 0443DD](#)), hoặc yêu cầu bằng miệng một phiên điều trần với nhân viên của Văn phòng CDDP hoặc ODHS. ODHS phải nhận đơn yêu cầu điều trần trong vòng 90 ngày kể từ ngày ra quyết định về khả năng nhận trợ cấp.
- Quý vị có thể chỉ định một người khác để đại diện cho mình hoặc yêu cầu được điều trần thay mặt quý vị. Người này có thể là luật sư, người thân, bạn bè hoặc một người phát ngôn khác. Quý vị có thể nhận diện người đại diện của mình khi yêu cầu một phiên điều trần.