

발달 장애 판정을 위한 발송 양식

OPWDD 서비스에 대한 적격성을 판단하려면 해당 개인이 발달 장애가 있다는 증빙이 필요합니다. 이 양식을 작성하여 귀하가 사는 곳의 발달 장애 지역 사무소(Developmental Disabilities Regional Office)로 보내십시오. (2페이지의 지침 참조)

다음은 첨부하십시오: 22세 이전의 장애를 증명하는 기록 사본

질문이 있거나 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지역 DDRO에 문의하십시오.

타이핑하거나 잘 알아볼 수 있게 정자로 쓰십시오. * 표시는 필수 정보를 나타냅니다.

*섹션 1. 개인 정보

*이름:		TABS ID (아는 경우):		*사회보장번호:	
*생년월일:	Medicaid #:	*거주 카운티:		*성별:	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> X
*집 주소:		우편 주소(다른 경우):			
*도시:	*주:	*우편번호:	도시:	주:	우편번호:
*전화:		*통용되는 이름:			

*다음에 정보를 보내주십시오 (원하는 만큼 선택하세요):

- 1. 본인 - 홈
- 2. 본인-우편 주소
- 3. 부모/변호인1 (섹션 2 P/A1 이름 및 주소 작성)
- 4. 부모/변호인2 (섹션 2 P/A1 이름 및 주소 작성)
- 5. PASRR 코디네이터

유의: 변호인이 섹션 3에 적힌 기관인 경우 3 또는 4를 선택하지 마십시오.

섹션 2: 관련된 부모 또는 변호인 -우편을 받는 주소를 사용하십시오. 위에서 3 또는 4를 선택하지 않는 한 선택 사항입니다.

P/A1 이름:			P/A2 이름:		
주소:			주소:		
도시:	주:	우편번호:	도시:	주:	우편번호:
전화:	국가:		전화:	국가:	

섹션 3: 관련 기관 정보 (해당하는 경우) - 작성 시 자동으로 정보를 받습니다.

기관 이름:			
기관 코드 (알고 있는 경우):		도로명 주소:	
기관 담당자:			
전화:	도시:	주:	우편번호:

***섹션 4: 자격이 있다고 판단되는 경우, 받기를 희망하는 서비스에 표시하십시오**

<input type="checkbox"/> 1. 발달 장애 결정만 - 지금은 서비스 요청하지 않음	<input type="checkbox"/> 2. 맞춤 지원 서비스 (Individualized Support Services, ISS)	<input type="checkbox"/> 3. 임시 간호 센터 (Respite Center)
<input type="checkbox"/> 4. 거주 재활 (IRA)	<input type="checkbox"/> 5. 지역사회 재활 (Community Habilitation)	<input type="checkbox"/> 6. 주간 보호 시설 (ICF)
<input type="checkbox"/> 7. 주간 재활 (Day Habilitation)	<input type="checkbox"/> 8. 주간 치료 (Day Treatment)	
<input type="checkbox"/> 9. 직업 전 준비 서비스 (Pre-Vocational Services)	<input type="checkbox"/> 10. 취업지원훈련 (Supported Work, SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. 가정 돌봄 (Care at Home)
<input type="checkbox"/> 12. FET - 가족 교육 및 훈련		
<input type="checkbox"/> 13. CSS - 통합 지원 및 서비스	<input type="checkbox"/> 14. 사례 관리 (Case Management), 예: MSC	<input type="checkbox"/> 15. 환경 조정/적응 장치
<input type="checkbox"/> 16. 미술, 16 클리닉		
가족 지원 서비스:		
<input type="checkbox"/> 17. 임시 간호	<input type="checkbox"/> 18. 기타 가족 지원	<input type="checkbox"/> 19. PASRR 레벨 II 평가
<input type="checkbox"/> 20. 기타		

*작성자 (이름):

*날짜:

*양식 작성자: 1. 본인 2. 부모/변호인 3. 기관 4. PASRR 코디네이터

다음은 DDRO 직원만 작성해야 합니다.

DDRO에서 수행한 날짜:	접수 직원 이름:	
개인의 TABS ID 번호:	TABS에 입력된 날짜:	작성자 (이니셜):

발송 양식 작성 지침
모든 정보를 타이핑하거나 정자로 명확하게 기입하십시오.

일반 지침:

이 양식을 작성하고 기록 사본과 함께 지역 DDRO에 제출하십시오. 22세 이전의 장애를 입증하는 기록 사본을 발송 서류에 첨부해야 합니다. 이는 OPWDD 적격성 검토에 사용됩니다. 적격성 검토에 필요한 기록의 종류에 대해 질문이 있는 경우, OPWDD 서비스 적격성 중요 사실 (ELIGIBILITY FOR OPWDD SERVICES Important Facts)을 참조하십시오. 해당 시트는 OPWDD 웹사이트 opwdd.ny.gov 에서 찾을 수 있고, 지역 DDRO에 요청할 수도 있습니다.

상세 지침:

이 발송 양식은 다음 사람이 작성할 수 있습니다. 자신이 OPWDD 서비스 자격이 있는지 알고 싶어하는 자, 부모 또는 변호인, 또는 해당 개인을 돕고 있는 기관의 관계자.

섹션 1: 개인 정보

이름: 해당 개인의 법적 이름; 성, 이름 및 중간 이니셜
TABS ID: 해당 개인의 TABS 식별 번호, 등록되지 않은 경우 비워 두십시오
SS#: 해당 개인의 9자리 사회보장번호
생년월일: 해당 개인의 생년월일을 월, 일, 연도 (MM/DD/YYYY) 형식으로 작성. (예: 04/03/1998)
Medicaid #: 해당 개인의 Medicaid 번호.
거주 카운티: 해당 개인의 거주 카운티. (예를 들어, Kings, Essex)
성별: 소년/남성의 경우 남 상자에, 소녀/여성의 경우 여 상자에, 남성 또는 여성이 아닌 성별의 경우 X에 표시하십시오.
집 주소: 해당 개인의 현재 집 주소
우편 주소: 도로명(street/avenue), 아파트 번호, 시/타운, 주 및 우편번호를 포함하십시오.
상기 집 주소와 다른 경우, 해당 개인이 우편물을 받는 주소.
사서함/도로명(street/avenue), 아파트 번호, 시/타운, 주 및 우편번호를 포함하십시오.
전화: 지역 번호를 포함한 해당 개인의 전화번호.
통용되는 이름: 해당 개인의 알려진 모든 이름을 나열하십시오. (법적 이름 제외)
별명, 결혼 전 성씨 등을 포함합니다.
다음에 정보를 보내주십시오: 자격 결정에 대한 정보를 보내야 하는 곳을 나타내는 상자에 X를 표시하십시오. 부모 또는 변호인 (섹션 3의 기관 제외)이 DDRO로부터 정보를 받아야 하는 경우 3번 및/또는 4번 상자를 선택하고, 섹션 2의 부모/변호인 부분을 작성하십시오. 섹션 3의 모든 기관은 자격 결정에 관한 정보를 자동으로 받게 됩니다.

섹션 2: 관련된 부모 또는 변호인 - 다음에 정보를 보내주실시오의 3번 또는 4번 상자에 표시하지 않았다면, 반드시 작성할 필요는 없습니다. 한 명의 부모/변호인만 필요한 경우, P/A1 이름 및 주소를 사용하십시오.

이름: 부모 또는 변호인의 이름; 성, 이름 및 중간 이니셜.
집 주소: 부모 또는 변호인의 현재 집 주소
도로명(street/avenue), 아파트 번호, 시/타운, 주 및 우편번호를 포함하십시오.
우편 주소: 상기 집 주소와 다른 경우, 부모 또는 변호인이 우편물을 받는 주소.
사서함 또는 도로명(street/avenue) 주소, 아파트 번호, 시/타운, 주 및 우편번호를 포함하십시오.
전화: 지역 번호를 포함한 부모 또는 변호인의 전화번호.

섹션 3: 관련 기관 정보 (해당하는 경우)

기관 이름: 기관의 온전한 이름
기관 코드: 기관의 OPWDD 기관 코드 (알고 있는 경우)
기관 담당자: 자격 결정과 관련하여 연락을 받을 기관 직원의 이름
도로명 주소: 기관 담당자가 우편을 받는 주소를 적습니다. 사서함 또는 도로명 주소, 시/타운, 및 우편번호를 포함하십시오
전화: 지역 번호와 모든 내선 번호를 포함한 기관 담당자의 전화번호.

섹션 4: 발달 장애 판정만 받으려면 상자 1에 X를 표시하십시오. 또는 그 사람이 OPWDD 서비스를 받을 자격이 있다고 결정되는 경우, 받기를 희망하는 각 서비스 옆의 상자에 X 표시를 하십시오.

유의: 본 발송 양식은 서비스 신청서가 아닙니다.

작성자: 양식을 작성한 사람의 이름과 양식을 작성한 날짜를 읽기 쉽게 정자로 기입하십시오.
양식 작성자: 양식을 작성한 사람(해당 개인/본인, 부모 또는 변호인, 기관 직원 또는 PASRR 코디네이터)을 나타내는 올바른 상자에 X를 표시하십시오.

***작성한 양식과 필요한 기록을 지역 DDRO에 제출하십시오.**