

發育障礙審定傳送表

對當事人發展障礙的驗證在決定其是否符合 OPWDD 服務資格時是必須的。
請填寫此表並提交至您當地的發育障礙服務辦事處 (DDSO)。(參見第 2 頁說明)。

必須附上未滿 22 週歲時的殘障證明文件。

如有疑問或需要協助填寫此表，請聯絡您當地的 DDSO。

請列印或以正楷清楚填寫。* 表示此為必填資訊。*第 1 節 當事人資訊

*姓名：		TABS ID (如已知)：		*社會安全號碼：	
*出生日期：	醫療補助 (Medicaid) 號碼：	*居住的郡：		*性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
*家庭住址：		郵寄地址 (如不同)：			
*城市：	*州：	*郵遞區號：	城市：	州：	郵遞區號：
*電話：			*別名：		

*收件者 (可多選)：

1. 本人 - 住家
2. 本人 - 郵寄地址
3. 父母 / 權益代言人 1 (填寫第 2 節的 P/A1 姓名與地址) 注：如果權益代言人為第 3 節所示機構，請勿勾選第 3 或 4 項。
4. 父母 / 權益代言人 2 (填寫第 2 節的 P/A2 姓名與地址)
5. PASRR 協調人

第 2 節：參與父母或權益代言人 - 請使用有效郵寄地址。非必填項目，除非已勾選以上第 3 項或第 4 項。

P/A1 姓名：		P/A2 姓名：	
地址：		地址：	
城市：	州：	郵遞區號：	城市：
電話：	國家：	電話：	國家：

第 3 節：提交機構資訊 (如適用) - 在完成時自動接收資訊。

機構名稱：	
機構代碼 (如已知)：	街道地址：
機構聯絡資訊：	
電話：	城市：州：郵遞區號：

***第 4 節：如被確定為具備資格，請勾選有意接受的服務**

<input type="checkbox"/> 1. 僅需要發育障礙審定 - 目前無需服務。	<input type="checkbox"/> 3. 暫托照顧中心	<input type="checkbox"/> 4. 家庭康復 - IRA
<input type="checkbox"/> 2. 個人化支援服務 (ISS)。	<input type="checkbox"/> 6. 中期照護機構 (ICF)	<input type="checkbox"/> 7. 日間康復
<input type="checkbox"/> 5. 社區康復	<input type="checkbox"/> 10. 支援工作 (SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. 家庭護理
<input type="checkbox"/> 8. 日間護理	<input type="checkbox"/> 9. 職業預備服務	<input type="checkbox"/> 12. FET - 家庭教育與培訓
<input type="checkbox"/> 14. 個案管理，如 MSC	<input type="checkbox"/> 13. CSS - 統一支援與服務	<input type="checkbox"/> 15. 信封修改/改寫設備
<input type="checkbox"/> 16. 藝術 16 臨床	<input type="checkbox"/> 17. 暫托照顧	<input type="checkbox"/> 18. 其他家庭支援
<input type="checkbox"/> 19. PASRR II 級評估	<input type="checkbox"/> 20. 其他 (請指出)：	

*填表人 (姓名)：_____ *日期 _____

請用正楷書寫

*填表人：1. 本人 2. 父母/權益代言人 3. 機構 4. PASRR 協調人

Following to be completed by DDSO Staff Only:

Date Received by DDSO:		Intake Staff Name:	
Individual's TABS ID #:	Date entered in TABS:	By (initials):	

OPWDD 服務資格審定傳送表填寫說明
請列印或用正楷書寫所有資訊

一般說明：

請填寫此表並遞交至您當地的 DDSO 以驗證個人發育障礙情況以及是否符合 OPWDD 服務資格。

必須隨傳送表一併提供未滿 22 週歲時的殘障證明文件。DDSO 所需判定資格的文件資訊已在 **OPWDD 服務資格評定重要事實** 中詳細解釋，該資料可在 OPWDD 網站 [OPWDD.ny.gov] 或您當地的 DDSO 查詢到。

詳細說明：

本傳送表可由希望知道其是否具備 OPWDD 服務參與資格的人士、此人父母或權益代言人或協助此人的机构工作人員填寫。

第 1 節 當事人資訊

姓名：當事人正式姓名：姓氏、名字及中間名
TABS ID：當事人 TABS 識別號。如未註冊，請留白。
社會安全號碼：當事人的 9 位數社會安全號碼。
出生日期：當事人出生日期，月 / 日 / 年格式。
醫療補助號碼：當事人醫療補助編號。
居住的郡：當事人居住的郡，例如 Kings、Essex
性別：男士申請者請在「男」選塊旁填「X」，女士申請者請在「女」選塊旁填「X」。
家庭住址：當事人現居住地址。
郵寄地址：包括街道、寓所門牌號、城 / 鎮、州和郵遞區號。當事人的收件地址（如有別於家庭住址）
電話：包括郵政信箱 / 街道 / 大道、寓所門牌號、城 / 鎮、州和郵遞區號。
別名：當事人電話號碼（包括區號）。
收件者：列出當事人所有的別名（正式姓名除外）。包括昵稱、婚前姓名等。
在與審定資訊收件地址有關的方塊旁填「X」。如果由父母或權益代言人（第 3 節所述的機構除外）接收 DDSO 資訊，請勾選方塊 3 及 / 或 4 並填寫第 2 節的適用部份。第 3 節所述之任何機構將自動接收審定資訊。

第 2 節 參與的父母或權益代言人 - 此部份非必填項目除非已勾選收件人方塊 3 或 4。

如果僅需一名父母 / 權益代言人，請使用 P/A1 姓名與地址。

姓名：父母或權益代言人姓名：姓氏、名字與中間名
家庭住址：父母或權益代言人目前住址。
郵寄地址：包括街道、寓所門牌號、城 / 鎮、州和郵遞區號。
電話：父母或權益代辦人電話號碼（包括區號）。

第 3 節 提交機構資訊（如適用）

機構名稱：機構的完整名稱。
機構代碼：機構在 OPWDD 的機構代碼（如已知）。
機構聯絡資訊：資格審定聯絡的機構工作人員姓名
街道地址：請提供機構聯絡人的收件地址。包括郵政信箱 / 街道、城 / 鎮和郵遞區號。
電話：機構聯絡人電話號碼（包括區號和分機號）。

第 4 節 僅在確定有發展障時在方塊 1 內畫「X」。或者，如果被認定為符合 OPWDD 服務資格，請在當事人感興趣的各項服務旁的方塊內畫「X」。

注：本傳送表並非服務申請書。

填表人：請用正楷書寫填表人姓名與填表日期。

填表人：請在適用填表人方塊內畫「X」（個人 / 本人、父母或權益代言人、機構工作人員或 PASRR 協調人）。

提交表格與所需文件至您當地的 DDSO。