

## Đơn Xin Giới Thiệu Tiếp Nhận Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Tình Trạng Khuyết Tật Diễn Tiến

Đơn xin ban đầu: \_\_\_\_\_

Quận: \_\_\_\_\_

Giới thiệu tới: \_\_\_\_\_

Office use only	(mm/dd/yy)
Date received by provider:	_____
Date received by county:	_____

Quý vị có cần được giúp đỡ điền thông tin vào đơn xin này không?

Có       Không       Dạng thức khác       Thông dịch viên

Dạng thức:  Băng tiếng  Chữ nổi Braille  Đĩa CD  Bản in chữ lớn  Trình bày bằng miệng

Quý vị cần tài liệu ở ngôn ngữ nào? \_\_\_\_\_  Ngôn ngữ ra dấu

### Thông tin về người nộp đơn xin

Họ ( <i>vui lòng viết hoa</i> ):		Tên gọi:		Chữ tắt tên đệm:	
Địa chỉ hiện tại:		Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:	
Địa chỉ nhận thư ( <i>nếu khác</i> ):		Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:	
Tên khai sinh:			Số An sinh Xã hội:		
Ngày sinh:	Giới tính:	Nơi sinh:		Số điện thoại:	
	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ				
Tình trạng hôn nhân:		Tên thời con gái ( <i>hoặc các tên khác đã dùng</i> ):			
Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không?		Quý vị có phải là ngoại kiều đủ điều kiện thường trú không?		Ngày bắt đầu có quyền thường trú:	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

### Thông tin phụ huynh

Tên của phụ huynh: ( <i>yêu cầu phải cung cấp nếu người nộp đơn dưới 18 tuổi</i> ):			
Địa chỉ hiện tại:		Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:
Địa chỉ nhận thư ( <i>nếu khác</i> ):		Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:

### Người giám hộ/bảo hộ/người chăm sóc hợp pháp

Ai trong số những người dưới đây được tòa chỉ định chịu trách nhiệm đối với người nộp đơn (*đánh dấu tất cả nếu phù hợp*):

Người giám hộ     Người bảo hộ     Người chăm sóc

### Lưu ý: Cần **phải** gửi kèm theo lệnh tòa.

Tên của người giám hộ/bảo hộ/chăm sóc hợp pháp:		Số điện thoại:	
Địa điểm của tòa án:		Ngày ban hành lệnh tòa:	
Địa chỉ hiện tại:		Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:
Địa chỉ nhận thư ( <i>nếu khác</i> ):		Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:

## Thông tin cá nhân của người nộp đơn (nguồn gốc dân tộc của người nộp đơn)

### Chủng tộc (đánh dấu tất cả nếu phù hợp):

- Người Châu Á  Người Ha-oai Bản địa hoặc Cư dân đảo Châu  
 Người Mỹ Da đỏ hoặc Cư dân Alaska Bản địa  Á Thái Bình Dương khác  
 Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi  Không thể xác định  
 Người Da trắng  Đa chủng tộc (xin nêu rõ): \_\_\_\_\_

### Sắc tộc:

- Người Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc La Tinh  Quốc tịch (xin nêu rõ): \_\_\_\_\_  
 Không phải Người Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha hoặc La Tinh  Không thể xác định

Có thể hiểu (các) ngôn ngữ:

Có thể nói (các) ngôn ngữ:

Thông tin về tín ngưỡng, tôn giáo:

Không  Xin nêu rõ: \_\_\_\_\_

### Ưu điểm cá nhân (năng lực, mối quan tâm, sở thích, điều ưa thích và không thích)

--

### Lý lịch hình sự

Người nộp đơn có hồ sơ tòa án hình sự/tòa án vị thành niên không?  Có  Không

Tiểu bang/quận:	Phạm các tội:
Các dịch vụ hay các điều kiện do tòa cưỡng chế thi hành:	

### Liên hệ trong trường hợp khẩn cấp

Họ và tên	Mối quan hệ	Số điện thoại

Người thân (họ và tên):	Mối quan hệ:	Số điện thoại:
Địa chỉ hiện tại:	Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:
Địa chỉ nhận thư (nếu khác):	Thành phố:	Tiểu bang: Mã bưu cục:

**Quá trình cư trú** (ví dụ; cơ sở chăm sóc nuôi dưỡng, chăm sóc tập thể, nhà điều dưỡng, cơ sở sinh hoạt được hỗ trợ, cơ sở chăm sóc từ thiện, bệnh viện tâm thần)

**Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng mặt sau của trang cuối. Bắt đầu bằng nơi cư trú mới nhất:**

Địa chỉ	Kiểu cuộc sống sinh hoạt	Ngày

**Quá trình học tập/được chăm sóc ở nơi giữ trẻ** (bắt đầu với thông tin mới nhất, ví dụ như chương trình can thiệp sớm, hiện tại, được chăm sóc ở nơi giữ trẻ v.v...)

Mới nhất	Ngày ghi danh

**Quá trình làm việc** (Bắt đầu bằng thông tin mới nhất. Bao gồm bất cứ dịch vụ ban ngày dành cho người lớn.)

Chủ sử dụng lao động và địa điểm:	Số điện thoại:
Kiểu công việc/hoạt động:	Ngày:

Chủ sử dụng lao động và địa điểm:	Số điện thoại:
Kiểu công việc/hoạt động:	Ngày:

Chủ sử dụng lao động và địa điểm:	Số điện thoại:
Kiểu công việc/hoạt động:	Ngày:

Chủ sử dụng lao động và địa điểm:	Số điện thoại:
Kiểu công việc/hoạt động:	Ngày:

### Các cơ quan dịch vụ xã hội khác

Tên cơ quan	Tên người liên hệ/người đại diện	Số điện thoại	Ngày

### Các dịch vụ khác đã sử dụng

Mô tả vắn tắt các dịch vụ/chương trình đặc biệt mà người nộp đơn xin đang tiếp nhận (ví dụ hỗ trợ tại nhà, các dịch vụ giúp vượt qua khủng hoảng, hỗ trợ nghề nghiệp, trợ cấp y khoa, trợ cấp thực phẩm, chăm sóc sức khỏe tinh thần, phúc lợi trẻ em, v.v...):

## Các nguồn hỗ trợ tài chính của người nộp đơn xin

(Hãy liệt kê số dư của tài khoản hiện tại và bất cứ khoản tín thác hoặc khoản tiền mặt hiện có. Kể cả số dư của tài khoản vãng lai (checking), tiết kiệm hoặc hỗ trợ tài chính hay các khoản vay đã được nộp đơn xin vay.)

Loại tài khoản	Tên và địa chỉ của tổ chức mở tài khoản	Số dư
Vãng lai		
Tiết kiệm		
Kế hoạch tang lễ		
Quỹ tín thác		

Nguồn thu nhập	Số tiền hàng tháng	Ngày áp dụng (nếu chưa nhận được)
Phiếu lãnh lương		
Trợ cấp thực phẩm		
An sinh Xã hội		
Trợ cấp SSI		
Nguồn thu nhập khác:		
Nguồn thu nhập khác (ví dụ như tiền lương hưu công nhân ngành đường sắt, tiền hỗ trợ nuôi con, tiền trợ cấp cựu quân nhân, bồi thường lao động, bồi thường thất nghiệp và trợ cấp chính phủ):		
Tên của người đại diện nhận tiền:		

## Bảo hiểm y tế (hoàn thành những phần phù hợp)

Bảo hiểm	Tên nhà cung cấp/hãng bảo hiểm (y khoa, nha khoa, sức khỏe tinh thần)	Số bảo hiểm nhóm/số hợp đồng bảo hiểm
Chương trình Medicare		
Medicaid/Oregon Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe		
Cựu quân nhân		
Bảo hiểm tư nhân		
Khác		

## Tình trạng khuyết tật (đánh dấu tất cả nếu phù hợp)

Bệnh lý	Mô tả vắn tắt về chức năng và sự hỗ trợ hiện tại
Liệt não	
Chậm trí	

## Tình trạng khuyết tật - tiếp theo (điền tất cả nếu phù hợp)

Bệnh lý	Mô tả vấn tắt chức năng và sự hỗ trợ hiện tại
Tự kỷ	
Hội chứng Down	
Các vấn đề về vận động	
Giao tiếp	
Thị lực suy yếu	
Vấn đề về thính giác	
Tâm thần/cảm xúc/ hành vi	
Kiểu khuyết tật khác	
Kiểu khuyết tật khác	

## Các thuốc điều trị hiện tại (không bắt buộc – có thể gửi kèm bản sao của Phiếu Theo Dõi Thuốc Điều Trị (Medication Administration Record - MAR) mới nhất hoặc các toa thuốc của bác sĩ)

Người nộp đơn xin có gặp phải vấn đề gì khi dùng thuốc điều trị không?  Có  Không

Nếu “có”, hãy mô tả vấn tắt: \_\_\_\_\_

Tên thuốc điều trị	Lý do sử dụng thuốc	Bác sĩ	Số điện thoại

## Những thông tin y khoa

Tên của bác sĩ chăm sóc chính:		Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Tên nha sĩ:		Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

## Những thông tin y khoa (tiếp theo)

Nhà thuốc:		Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Bệnh viện thường đến:	Số điện thoại:	Thành phố:
-----------------------	----------------	------------

Tên bác sĩ chuyên khoa:	Chuyên khoa:	Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Tên bác sĩ chuyên khoa:	Chuyên khoa:	Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Tên bác sĩ chuyên khoa:	Chuyên khoa:	Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Tên bác sĩ chuyên khoa:	Chuyên khoa:	Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu cục:

Những vấn đề khác mà quý vị muốn chúng tôi biết (ví dụ như những dị ứng nghiêm trọng, các vấn đề về hành vi hoặc y khoa, nhu cầu về dịch vụ bảo vệ, các vấn đề gia đình/văn hóa v.v...):

Người nộp đơn xin có biết rằng đơn xin này sẽ được gửi đi không?  Có  Không

## Chữ ký

Cho phép tiết lộ thông tin đã thu thập được?  Có  Không

- Yêu cầu và đồng thuận tiếp nhận các dịch vụ  
Tôi đồng thuận tiếp nhận các dịch vụ từ Cơ quan Dịch vụ Hỗ trợ Tình trạng Khuyết tật Diễn tiến (Developmental Disabilities Services).  
Tôi hiểu rằng tôi có thể dừng tiếp nhận các dịch vụ hỗ trợ bất cứ khi nào tôi muốn.
- Xác nhận hiểu các quyền lợi và trách nhiệm của người sử dụng dịch vụ  
Tôi xác nhận rằng tôi đã được thông báo về các quyền lợi và trách nhiệm của tôi.

Bằng việc ký tên dưới đây tôi đồng ý rằng tôi đã cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ.

Chữ ký của người điền đơn xin này:	Mối quan hệ với người nộp đơn:
Họ và tên (viết hoa):	Ngày:

Chữ ký của người nộp đơn (hoặc của người giám hộ hợp pháp):	Ngày:
Họ và tên (viết hoa):	

Chữ ký của người phụ trách trường hợp:
Họ và tên (viết hoa):

Tiết Lộ Thông Tin (DHS 2099 hoặc những trường hợp tiết lộ tương tự) đã thu thập được?

Có  Không

Ngày nộp đơn:	Người giới thiệu:
Cơ quan:	Số điện thoại:

**Tuyên bố chống phân biệt đối xử:** Bộ Dịch vụ Nhân sinh (Department of Human Services - DHS) sẽ không phân biệt đối xử với bất kỳ ai. Điều này có nghĩa là DHS sẽ giúp đỡ tất cả những người hội đủ điều kiện. DHS sẽ không từ chối giúp đỡ bất cứ ai căn cứ vào tuổi tác, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, định hướng giới tính, tôn giáo, ý thức hệ chính trị hay tình trạng khuyết tật. Quý vị có thể nộp đơn kiện nếu quý vị cho rằng DHS đã phân biệt đối xử với quý vị vì bất cứ lý do nào trong những lý do này. Để nộp đơn kiện, hãy đọc tài liệu "Thông Tin Khiếu Kiện Chống Phân Biệt Đối Xử Dành Cho Khách Hàng" ("Client Discrimination Complaint Information" (DHS 9001) hoặc gọi cho Bộ Y Tế & Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (U.S. Dept of Health & Human Services) theo số 1-800-537-7697.