

إدارة الصحة في ماريلند
تقديم طلب لإدارة إعاقات النمو من أجل الأهلية

لتحديد الأهلية لخدمات إدارة إعاقات النمو، سواء أكانت ممولة من الولاية أو Medicaid، عليك إكمال هذه الاستمارة. ولا تتطلب خدمات الدعم منخفضة الحدة تقديم طلب.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم هذا الطلب، اتصل بالرقم المجاني 1-877-4MD-DHMH * الهاتف النصي لذوي الإعاقات - خدمة التواصل النصي في ماريلند 1-800-735-2258

الجزء 1: معلومات مقدم الطلب

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط
<input type="text"/>	<input type="text"/>	رقم الضمان الاجتماعي:
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة):		
العنوان البريدي الدائم:		

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
رقم الشقة	العنوان الكامل		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
مقاطعة الإقامة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة

هل أنت من سكان ماريلند؟ لا نعم

الهاتف:

البريد الإلكتروني:

<input type="text"/>	خلال النهار
<input type="text"/>	الهاتف المحمول
<input type="text"/>	خلال المساء/غير ذلك

هل تقدمت من قبل بطلب للحصول على مساعدة طبية في ماريلند؟
إذا كانت الإجابة نعم فمتى؟

لا نعم

إذا كنت مؤهلاً، يُرجى تقديم رقم المساعدة الطبية الخاص بك:

تاريخ البدء: _____ تاريخ الانتهاء: _____

يُرجى ذكر منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك، إن وجدت:

وطبيب الرعاية الأولية الخاص بك:

* عليك التقدم بطلب المساعدة الطبية قبل أن تتمكن من تلقي التمويل للخدمات من إدارة إعاقات النمو.

لا نعم

الوثائق الداعمة مرفقة بهذا الطلب كما تتوفر:

بطاقة Medicaid

بطاقة الضمان الاجتماعي

للاستخدام في المكتب الإقليمي فقط

المكتب الإقليمي

تاريخ الاستلام:

الجزء 2: التقييم الذاتي لمقدم الطلب

يُرجى وضع علامة أمام كل الإعاقات التي تم تشخيص إصابتك بها:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> التوحد | <input type="checkbox"/> الصمم/إعاقة سمعية بالغة | <input type="checkbox"/> ضعف الكلام/اللغة |
| <input type="checkbox"/> المشكلات السلوكية | <input type="checkbox"/> الصرع/اضطرابات النوبات | <input type="checkbox"/> تشقق العمود الفقري |
| <input type="checkbox"/> العمى/ضعف البصر الشديد | <input type="checkbox"/> إصابات الرأس | <input type="checkbox"/> إصابات الحبل الشوكي |
| <input type="checkbox"/> الشلل الدماغي | <input type="checkbox"/> الإعاقة الذهنية | <input type="checkbox"/> اضطراب عصبي آخر |
| <input type="checkbox"/> الاعتماد على المواد الكيميائية (بما في ذلك إدمان الكحول) | <input type="checkbox"/> التصلب المتعدد | <input type="checkbox"/> مرض عقلي |
| <input type="checkbox"/> التليف الكيسي | <input type="checkbox"/> ضعف العظام | |

غير ذلك:

يُرجى إرفاق نسخ من التقارير التالية إذا كانت مناسبة، لدعم إعاقتك، وأذكر إرفاقها عن طريق وضع علامة أمامها أدناه:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> السجلات الطبية | <input type="checkbox"/> التقييمات العصبية | <input type="checkbox"/> التقييمات المهنية التقييمات الفنية |
| <input type="checkbox"/> التقييمات النفسية | <input type="checkbox"/> سجلات التعليم الخاص | |
| <input type="checkbox"/> الأخرى | | |

يُرجى التحديد:

لا يمكن معالجة طلبك دون تقييماتك/سجلاتك

يُرجى وضع علامة أمام أي عبارة تخبرنا عنك والدعم الذي تحتاجه عادة:

هل تتطلب مساعدة؟	كيف تتنقل من مكان لآخر؟
<input type="checkbox"/> لا أحتاج للمساعدة.	<input type="checkbox"/> أسير بشكل مستقل.
<input type="checkbox"/> أحتاج لمساعدة من وقت لآخر. عدة ساعات في اليوم وحتى 3 أيام في الأسبوع.	<input type="checkbox"/> يمكنني السير دون عون، ولكن بصعوبة.
<input type="checkbox"/> أحتاج للحد الأدنى من المساعدة اليومية. 1-2 ساعات في اليوم.	<input type="checkbox"/> أطلب أجهزة داعمة عند السير.
<input type="checkbox"/> أحتاج لمساعدة يومية كبيرة. 8 ساعات أو أكثر في اليوم.	<input type="checkbox"/> أستخدم كرسيًا متحركاً كهربائياً.
<input type="checkbox"/> أحتاج لمساعدة مستمرة وأنا مستيقظ.	<input type="checkbox"/> أستخدم كرسيًا متحركاً يدوياً.
<input type="checkbox"/> أحتاج لمساعدة مستمرة على مدار اليوم.	<input type="checkbox"/> أستخدم سكوتر.

إدارة الصحة في ماريلند
تقديم طلب لإدارة إعاقات النمو من أجل الأهلية

<input type="checkbox"/>	غير ذلك.	أنا غير قادر على الحركة بشكل مستقل.
		غير ذلك.

يُرجى وضع علامة أمام أي عبارة تخبرنا عنك والدعم الذي تحتاجه عادة:

هل تستخدم أي من هذه الخدمات؟	كيف تقوم بالتواصل؟
<input type="checkbox"/> علاج النطق	<input type="checkbox"/> أتحدث بوضوح ويمكن فهمي.
<input type="checkbox"/> علاج مهني	<input type="checkbox"/> من الصعب فهم نطقي.
<input type="checkbox"/> علاج طبيعي	<input type="checkbox"/> أستخدم الإيماءات للتواصل.
<input type="checkbox"/> رعاية طبية متخصصة	<input type="checkbox"/> أستخدم لغة الإشارة للتواصل.
<input type="checkbox"/> خدمة الدعم السلوكي	<input type="checkbox"/> أطلب جهاز اتصالات من أجل التواصل.
<input type="checkbox"/> الاستشارة	<input type="checkbox"/> أحتاج للمساعدة من الآخرين للتواصل.
<input type="checkbox"/> علاج نفسي	<input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> غير ذلك:	<input type="checkbox"/> _____

يُرجى وضع علامة أمام أي عبارة تخبرنا عنك والدعم الذي تحتاجه عادة:

مستقل بالكامل	احتاج للمساعدة	مستقل بالكامل	مهارات شخصية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تناول الطعام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتداء الملابس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاستحمام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام المراحيض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهدنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الانتقال من/إلى السرير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إعداد طعام بسيط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إكمال الأعمال المنزلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام النقل العام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام الهاتف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معرفة ما يجب فعله في حالات الطوارئ

الجزء 3: الخدمات الأخرى

يُرجى تحديد الوكالات أو البرامج الأخرى التي تتلقى منها خدمات حالياً أو تلقيت منها خدمات سابقاً عن طريق وضع علامة أمام المربع المناسب.

لم أتقدم	تلقيت خدمات سابقاً	أتلقى خدمات حالياً	تقدمت بطلب	الوكالة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إدارة الخدمات الاجتماعية (DSS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مجلس التعليم (النظام المدرسي المحلي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإدارة الصحية المحلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مكتب المنطقة لكبار السن (AAA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات قسم إعادة التأهيل (DORS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات الصحة العقلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات دور التمريض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات الرعاية الدائمة
				غير ذلك (يُرجى الذكر):

يُرجى تحديد أي برامج أو خدمات أخرى تقدمت لها أو تتلقاها حالياً أو تلقيتها سابقاً.

البرنامج	تقدمت بطلب	اتلقى خدمات حالياً	تلقيت خدمات سابقاً
تنازل التوحد (Autism Waiver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الرعاية الشخصية (خدمة Medicaid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنازل المعيشة في المنزل (Living at) (Home Waiver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنازل الرعاية النهارية الطبية (Medical Day Care Waiver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التنازل للبالغين الكبار في السن (Waiver for Older Adults)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نموذج التنازل للأطفال الضعفاء طبيياً (Model Waiver for Medically) Fragile Children)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REM (برنامج إدارة الحالات النادرة والمكلفة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التنازل عن إصابات الدماغ الرضية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل هناك أي وكالات أو برامج أخرى غير مذكورة أعلاه تساعدك الآن أو تدرج اسمك في قائمة انتظار؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر الوكالات/البرامج.

ملاحظة:

ستراجع إدارة إعاقات النمو كل المعلومات التي تقدمها. ستقوم إدارة إعاقات النمو خلال سبعة (7) أيام باتخاذ قرار أولي بشأن ما إذا كانت هناك احتمالية معقولة لأن تكون مؤهلاً لخدمات من إدارة إعاقات النمو أو إذا كانت هناك حاجة لمزيد من المعلومات. وإذا لزم الأمر، سيتصل بك ممثل من إدارة إعاقات النمو للحصول على مزيد من المعلومات، أو إذا وافقت عن طريق التوقيع على استمارة الموافقة أدناه، يمكن لإدارة إعاقات النمو طلب معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديدها. وستقوم إدارة إعاقات النمو باتخاذ قرار أهلية نهائي خلال 60 يوماً من استلام الطلب الكامل وكل الوثائق الداعمة. ويجوز لك أن تطلب تمديدات في الوقت من أجل المعالجة، إذا كانت هناك حاجة لمزيد من الوقت لجدولة اجتماع مع ممثل إدارة إعاقات النمو، أو للحصول على التقييمات والمعلومات الضرورية. وإذا كنت بحاجة للمساعدة في هذا الطلب، يُرجى الاتصال بالمكتب الإقليمي لإدارة إعاقات النمو المدرج في الصفحة 1 من هذه الاستمارة أو اتصل بمكتب تنسيق الموارد الخاص بمقاطعتك/إقليمك.

الجزء 4: الإذن بطلب الخدمات وتلقيها

من أجل تحديد أهليتك والتخطيط للخدمات، تحتاج إدارة إعاقات النمو معلومات من متخصصين ووكالات على دراية بإعاقاتك واحتياجاتك من الخدمات. وتأذن استمارة طلب الحصول على معلومات من متخصصين ووكالات لإدارة إعاقات النمو بالحصول على معلومات من المتخصصين والوكالات المذكورين في هذا الطلب. ويرجى صنع نسخ، إذا دعت الحاجة، وإكمال استمارة إذن واحدة لكل متخصص أو وكالة سيتم الاتصال بهم.

طلب الحصول على معلومات من متخصصين ووكالات

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة):	رقم الضمان الاجتماعي:	<input type="text"/>

أمنح بموجبه إذناً للأشخاص و/أو الوكالات المدرجة أدناه بالإفصاح عن أي معلومات قد تكون في حيازتهم بشأن طلبي المقدم لإدارة إعاقات النمو لمساعدتها على تحديد أهليتي لتلقي الخدمات. وتعتبر نسخة هذا الإذن صالحة.

رقم الهاتف: _____
اسم المتخصص/الوكالة: _____

العنوان:

يتم إرسال المعلومات إلى:

جهة اتصال المكتب الإقليمي:

العنوان:

رقم الهاتف:

التوقيع:

التاريخ:

الاسم المطبوع:

العلاقة بمقدم الطلب: الشاهد:

الجزء 5: معلومات الاتصال بمقدم الرعاية/الوصي

مقدم الرعاية الأساسي هو الشخص المسؤول عن الرعاية اليومية لمقدم الطلب.
الوصي القانوني هو شخص تعيينه المحكمة ويمكن أن يكون أو لا يكون مقدم الرعاية الأساسي. ويجب على الوصي القانوني إرفاق نسخة من أمر الوصاية.
مسؤول الاتصال هو الشخص الذي يمكن أن يساعد إدارة إعاقات النمو في الاتصال بمقدم الطلب ويمكن أن يكون صديقاً أو أحد أفراد العائلة أو جهة اتصال في وكالة.

يُرجى وضع علامة أمام أي مسمى يصف على النحو الأفضل دور الشخص المذكور اسمه ومعلوماته في هذه الصفحة:

مقدم الرعاية الأساسي الوصي القانوني مسؤول الاتصال

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

أول حرف من الاسم الأوسط

الاسم الأول

الاسم الأخير

العنوان البريدي الدائم:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم الشقة	العنوان الكامل		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
مقاطعة الإقامة	الرمز البريدي	الولاية	المدينة

الهاتف: البريد الإلكتروني:

<input type="text"/>	خلال النهار
<input type="text"/>	الهاتف المحمول
<input type="text"/>	خلال المساء/غير ذلك

اسم الوكالة، إن وجدت، التي تعمل كمقدم رعاية أساسي، أو وصي قانوني، أو مسؤول اتصال:

يُرجى تقديم المعلومات التالية بشأن مقدم الرعاية الأساسي فقط، إن وجدت: تاريخ ميلاد مقدم الرعاية الأساسي (الشهر/اليوم/السنة):

هل يسكن مقدم الطلب مع مقدم الرعاية الأساسي؟

نعم لا

العلاقة بمقدم الطلب:

هو بنفسه

أحد أفراد العائلة (يُرجى تحديد العلاقة):

لا توجد علاقة

وكالة عامة/خاصة

اشرح بياجاز أي ظروف قد تسبب صعوبة أمام مقدم الرعاية الأساسي.

<input type="text"/>

جهات الاتصال الإضافية (يُرجى ذكر قائمة تضم جهة اتصال إضافية واحدة على الأقل)

الاسم	العلاقة بمقدم الطلب	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

الجزء 6: المعلومات الإحصائية

يُرجى إكمال المعلومات التالية، والتي سيتم استخدامها للأغراض الإحصائية فقط. جنس مقدم الطلب:

أنثى ذكر

هل أصل مقدم الطلب:

إسباني لاتيني

عرق مقدم الطلب (يمكن تحديد أكثر من إجابة):

- هندي أمريكي / من سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي
 أسود/أمريكي أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين/سكان جزر المحيط الهادئ
 أبيض

الحالة الاجتماعية لمقدم الطلب:

أعزب متزوج
 مطلق أرمل

البلد الأصلي لمقدم الطلب:

اللغة الأساسية التي يتحدث بها: تعليقات

إضافية:

الجزء 7. قسم التوقيع

أقسم أو أؤكد أنني قرأت أو قرأ لي شخص ما هذا الطلب بالكامل. وأقسم أو أؤكد كذلك، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أن كل المعلومات التي ذكرتها حقيقية وصحيحة وكاملة بقدر استطاعتي وعلمي وتقديري. وأمنح الإذن لإدارة إعاقات النمو بالاتصال بأي شخص، أو شراكة، أو مؤسسة، أو جمعية، أو وكالة حكومية قدمت معلومات عن أهليتي للحصول على المنافع.

إشعار لمقدمي الطلبات:

إنك تقدم معلومات شخصية (الاسم والعنوان وتاريخ الميلاد وما إلى ذلك) في هذا الطلب.

ويتمثل الغرض من طلب هذه المعلومات الشخصية في تحديد أهليتك لتلقي خدمات إدارة إعاقات النمو. وإن لم تقدم هذه المعلومات الشخصية فيجوز لإدارة إعاقات النمو رفض طلبك. ولديك الحق في طلب فحص هذه المعلومات الشخصية أو تعديلها أو تصحيحها. ولن تسمح إدارة إعاقات النمو بفحص معلوماتك الشخصية أو جعلها متاحة للآخرين، باستثناء ما تسمح به القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

تتمثل مسؤولياتك في تقديم المعلومات والإبلاغ عن التغييرات:

يجب أن تقدم معلومات حقيقية وكاملة. ويجب أن تقدم دليلاً على هذه المعلومات، وسوف نبقىها خاصة. سنستخدم رقم الضمان الاجتماعي وغيره من المعلومات التي تقدمها لنا للقيام بمطابقة بالكمبيوتر ومراجعات البرامج. ويجب الإبلاغ عن كل التغييرات خلال عشرة (10) أيام. وتشمل الأمثلة على هذه التغييرات: العنوان، أو الأشخاص الذين يعيشون في منزل مقدم الطلب، أو الخدمات الجديدة، أو التغيير في الخدمات من وكالة أخرى. وتتولى أنت أو مقدم الرعاية الأساسي أو الوصي القانوني أو مسؤول الاتصال الخاص بك مسؤولية الإبلاغ عن هذه التغييرات. وإن تعمدت عدم تقديم المعلومات الصحيحة أو الإبلاغ عن التغييرات، فقد يتم إيقاف الخدمات أو اتخاذ إجراء قانوني.

_____	_____
التاريخ	توقيع مقدم الطلب
_____	_____
التاريخ	توقيع الممثل المخول

عند إكمال الطلب، أرسله لمكتب إدارة إعاقات النمو الإقليمي المناسب المذكور أدناه:

المكتب الإقليمي لوسط ماريلند
(مقاطعة أن أرونديل، ومقاطعة بالتيمور، ومقاطعة هوارد، ومقاطعة هارفورد، ومدينة بالتيمور)
وجه إلى: وحدة الأهلية والوصول
Severn Street 1401
Baltimore, MD 21230

المكتب الإقليمي للشاطئ الشرقي
(مقاطعة كارولين، ومقاطعة سيسيل، ومقاطعة دورشيستر، ومقاطعة كينت، ومقاطعة كوين آن، ومقاطعة سومرست، ومقاطعة تالبوت، ومقاطعة
ويكوميكو، ومقاطعة ورسستر)
وجه إلى: وحدة الأهلية والوصول
Snow Hill Rd, Building 100 926
Salisbury, MD 21804

المكتب الإقليمي لجنوب ماريلند
(مقاطعة كالفرت، مقاطعة تشارلز، مقاطعة مونتغمري، مقاطعة برينس جورج، ومقاطعة سانت ماري)
وجه إلى: وحدة الأهلية والوصول
Floor Marshall Avenue, 7th 312
Laurel, MD 20707

المكتب الإقليمي لغرب ماريلند
(مقاطعة ألباني، مقاطعة كارول، مقاطعة فريديريك، مقاطعة غاريت، ومقاطعة واشنطن) لعناية مركز بوتوماك
وجه إلى: وحدة الأهلية والوصول
Marshall Street 1360
Hagerstown, MD 21740

يمكن العثور على المزيد من المعلومات عن إدارة إعاقات النمو على موقع الويب التالي: <http://dda.health.maryland.gov>

لا تميز إدارة إعاقات النمو على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو الأصل الوطني أو الديانة أو الإعاقة فيما يتعلق بالتوظيف أو توفير الوصول للبرامج.