Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ЗАПРОС ОБ УХОДЕ ВНЕ ДОМА ПО ПРОГРАММЕ ДОБРОВОЛЬНОГО ПОМЕЩЕНИЯ ОТДЕЛА DDD

REQUEST FOR OUT-OF-HOME CARE IN THE DDD VOLUNTARY PLACEMENT PROGRAM

ДАТА ЗАПРОСА	ИМЯ РОДИТЕЛЯ (ЕЙ)

Имя моего (нашего) ребенка или подростка: _____ и ему (ей) _____ лет.

Я (мы) являемся законными родителями и опекунами моего (нашего) ребенка: ☐ Да ☐ Нет

☐ Я (мы) просим о помещении указанного выше ребенка в учреждение вне дома.

У ВАС ЕСТЬ КАКАЯ-ЛИБО ИНФОРМАЦИЯ О ЮРИДИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ВАШЕГО РЕБЕНКА?	ДАТА РОЖДЕНИЯ

ТЕКУЩИЙ АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС

ВАШ РЕБЕНОК ПРОЖИВАЕТ С ВАМИ ПО ЭТОМУ АДРЕСУ ☐ Да ☐ Нет	ТЕКУЩИЙ ДОМАШНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ
ТЕКУЩИЙ НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	ТЕКУЩИЙ НОМЕР СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА
ТЕКУЩИЙ НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	ТЕКУЩИЙ НОМЕР СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА

Программа добровольного помещения (Voluntary Placement Program) регулируется положением RCW 74.13.350. Это положение требует, чтобы единственной причиной помещения в учреждение вне дома являлась инвалидность ребенка.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ	ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОТДЕЛА DDD

DSHS 10-277 RU (REV. 02/2006)

ATTACHMENTS: RCW 74.13.350 Brochure

COPIES TO: Parent; File; Database