DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

إشعار بإجراء قادم

إشعار رفض الأهلية أو إنهاء أو انتهاء البرنامج

PLANNED ACTION NOTICE

ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

اسم العميل/ صاحب الطلب وعنوانه (CLIENT/APPLICANT)

اسم الوكيل وعنوانه

سيدي/ سيدتي

قرار الأهلية

بداية من _____ ستنتهي أهليتك للمشاركة في برامج قسم الإعاقات التطورية لأنك:

☐ لا تتوفر فيك أي من شروط التأهيل المحددة لعمرك.

☐ أقل من ستة (6) سنوات — قانون ولاية واشنطن الإداري من 388-823-0810 إلى 0850

☐ من ستة (6) سنوات إلى تسعة (9) — قانون ولاية واشنطن الإداري من 388-823-0810 إلى 0850

قانون ولاية واشنطن الإداري من 388-823-0200 إلى 0710

☐ عشر (10) سنوات وأكثر — قانون ولاية واشنطن الإداري من 388-823-0200 إلى 0710

(راجع الموجز المرفق للدليل وجدول الدليل)

☐ تنتهي مدة تأهلك في — قانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-1005 وقانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-1040

☐ عيد ميلادك الرابع

☐ عيد ميلادك العاشر

☐ **بدأت إعاقتك في سن 18 أو أكثر.** — قانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-0040

☐ **لست مقيما بولاية واشنطن.** — قانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-0050 وقانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-1020

☐ **إعاقتك غير مزمنة.** — قانون ولاية واشنطن الإداري 388-823-0040

☐ **طلبت أنت أو طلب وكيلك إنهاء تأهلك للمشاركة في برامج قسم الإعاقات التطورية.**

ماذا سيحصل الآن ؟

☐ تحصل في الوقت الجاري على خدمات مدفوعة من قبل قسم الإعاقات التطورية وسيتم إنهاء الخدمات التالية عندما ينتهي أو يتم إنهاء تأهلك: (قانون ولاية واشنطن 71A.16.020)

☐ خدمات الإعفاء من مصلحة الخدمات الاجتماعية والمنزلية

☐ الرعاية الشخصية لبرنامج مديكيد

☐ خدمات إعالة الأسرة

☐ برنامج الدفعات الإضافية للولاية من قبل قسم الإعاقات التطورية

☐ خدمات أخرى

خيارات الخدمة الأخرى المتوفرة لك:

حقوقك في الاستئناف

يحق طلب عقد جلسة إدارية إذا لم توافق على قرار **رفض** أو إنهاء الأهلية. لا يحق في طلب استئناف قرار يتعلق بانتهاء مدة الأهلية.

يمكنك طلب عقد جلسة إدارية خلال تسعين (90) يوما من تاريخ استلام هذا الإشعار. توجد استمارة طلب مرفقة مع هذه الوثيقة.

☐ **رفض** الأهلية. إذا كان موضوع هذا الإشعار يتعلق برفض الأهلية بإمكانك أن تطلب عقد جلسة إدارية خلال تسعين (90) يوما من تاريخ استلامك لهذا الإشعار. إذا طلبت عقد جلسة إدارية بعد انتهاء مدة تسعين (90) يوما من تاريخ استلامك لهذا الإشعار، سيسقط حقك في عقد جلسة إدارية.

☐ **إنهاء** الأهلية. إذا كانت هذه الاستمارة تخبرك بانتهاء أهليتك:

- يمكنك أن تطلب عقد جلسة إدارية بتاريخ _____حتى يستمر تأهلك للحصول على الخدمات المدفوعة من قبل المصلحة وخلال إجراءات الاستئناف.
- إذا قررت الاستمرار في الحصول على الخدمات المدفوعة وجاء القرار النهائي ليؤكد إجراءات المصلحة، ستكون على إعادة مبلغ الخدمات المدفوعة إلى حد ستين (60) يوما.
- إذا أردت التوقف عن تلقي الخدمات المدفوعة اتصل بـ:

_____بالرقم التالي _____

مدير الملف/ الموارد — رقم الهاتف

☐ **انتهاء** التأهل. إذا كان موضوع هذا الإشعار يتعلق بانتهاء تأهلك لأنك لم تتقدم بطلب في الأجل المحدد قبل عيد ميلادك الرابع أو العاشر، يسقط حقك في طلب عقد جلسة إدارية. يمكنك أن تتقدم بطلب جديد للتأهل.

لك الحقوق التالية:

1. أن يمثلك وكيل قانوني (قد تتأهل للحصول على مساعدة قانونية مجانية) ؛
2. أن تطلب نسخة من ملفك وجميع المعلومات التي استعملها قسم الإعاقات التطورية عند اتخاذ قراره ؛
3. أن تقدم الوثائق وتستعملها كمستندات وأدلة ؛
4. أن تدلي بشهادتك أثناء الجلسة الإدارية وأن تستدعي الشهود ؛
5. أن تحقق مع شهود قسم الإعاقات التطورية.

هل لديك أسئلة ؟

كانت لديك أسئلة تتعلق بقرار التأهل أو إجراءات الاستئناف اتصل بـ :

_____ بالرقم التالي _____

مدير الملف/ الموارد

_____

_____ _____

رقم الهاتف — اسم المكتب وعنوانه

Washington State Department of Social & Health Services

إشعار من قسم الإعاقات التطورية
برفض الأهلية
أو بانتهاء أجل طلب
عقد جلسة إدارية

الفقرة 02-388 من قوانين الجلسة الإدارية
لمصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية

FOR AGENCY USE ONLY	
☐ **Oral Request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

إرسال البريد إلى:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

الفاكس:360-586-6563

أطلب عقد جلسة إدارية لأنني لا أوافق على القرار التالي الذي اتخذته مصلحة الإعاقات التنموية:

اسمك (الرجاء الكتابة بخط واضح)	تاريخ الولادة	رقم الضمان الاجتماعي
اسم الشخص المتقدم بطلب عقد جلسة إدارية	رقم هوية العميل	
المدينة الولاية الرمز البريدي	رقم الهاتف (أذكر رمز المنطقة) ☐ **الرسائل الصوتية**	

لقد بلغني القرار في :_____ من قبل:_____
التاريخ اسم وموقع مكتب مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية

أريد مواصلة الحصول على المساعدة إذا كنت مؤهلا لذلك: ☐ **نعم** ☐ **لا** البرنامج:_____

أنا ممثل من قبل (إذا كنت ستمثل نفسك املأ السطرين التاليين) :

اسم وكيلك (وكلائك)	المنظمة	رقم الهاتف
العنوان	المدينة الولاية الرمز البريدي	

☐ **أسمح بتقديم المعلومات المتعلقة بجلستي الإدارية إلى وكيلي.**

توقيعك	التاريخ

هل تحتاج إلى مترجم أو مساعدة أخرى أو مساعدة أو تسهيلات أخرى أثناء الجلسة الإدارية ؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا أجبت بنعم، اذكر اللغة أو المساعدة أو التسهيلات التي تحتاج إليها ؟ _____

قد يجري القضاة الإداريون في بعض الأحيان الجلسة الإدارية عن طريق الهاتف. إذا أردت المثول أمام القاضي اتبع التعليمات المذكورة في وثيقة الإشعار بعقد جلسة إدارية والتي سترسل إليك من قبل مكتب الجلسات الإدارية.

INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.

2. The Planned Action Notice has five (5) sections.

   - Decision
   - Appeal rights
   - Summary of Evidence
   - Evidence Table
   - Request for Appeal

3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:

   - A parent if the client is less than age eighteen (18);
   - The guardian or other legal representative;
   - Other relative;
   - Other person identified by the client;
   - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date

   - Initial denial is the date generated by the IE application.
   - Expiration is 4th or 10th birthday.
   - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
   - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.

2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.

   - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
   - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.

3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.

4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.

   - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

     The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

     - The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)

     - The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
   - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
   - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
   - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
   - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

5. Summary of Evidence

   - Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.

     - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
     - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
     - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.

2. Put a copy in the client file.

3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)

   - WPAS
   - RSN
   - MH CRM
   - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

ملخص الدليل

الشروط الأساسية للتأهل لخدمات قسم الإعاقات التطورية

الدليل الكافي	الدليل غير الكافي	لا ينطبق	الشروط الأساسية للتأهل لخدمات قسم الإعاقات التطورية	نظم مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية قانون ولاية واشنطن الإداري)
			(1) أن يكون عمرك ستة (6) سنوات أو أكثر وتشكو من إعاقة سببها واحد أو أكثر من العوامل التالية:	388-823-0040 (1)(a)
			(أ) تخلف ذهني،	
			(ب) شلل دماغي،	
			(ج) داء الصرع،	
			(د) الانكماش على النفس،	
			(هـ) حالة عصبية أخرى،	
			(و) أو حالة أخرى تكون قريبة من التخلف الذهني أو تتطلب علاجا مماثلا للعلاج المستعمل من قبل من يشكو من التخلف الذهني ؛	
			و (2) أصبت بالإعاقة قبل بلوغك سن الثامنة عشرة؛	388-823-0040 (1)(b)
			و (3) من المتوقع أن تكون إعاقتك مزمنة؛	388-823-0040 (1)(c)
			و (4) تحد إعاقتك من قدرتك على التكيف مع وظائف الحياة بصفة ملحوظة.	388-823-0040 (1)(d)
			أو (5) عمرك أقل من 10 سنوات و:	388-823-0800 (4)
			(أ) تشكو من بطء في التطور،	
			(ب) أو تشكو من أعراض داون،	
			(ج) لا يمكن تقييم حالتك بسبب خطورتها،	
			(د) تتأهل لتلقي مساعدة برنامج الرعاية الطبية المكثفة في المنزل.	

ملاحظة:

يعني مصطلح "الدليل غير الكافي" أنه لم يتم تلقي دليل أو أن الدليل المُقدم لا يفي بشروط قانون ولاية واشنطن الإداري. راجع جدول الدليل المرفق لتعرف شروط قانون ولاية واشنطن الإداري.

إذا كان عمرك عشرة سنوات أو أكثر، سيتم الإشارة إلى الشروط المذكورة من (2) إلى (5) باعتبارها "لا تنطبق" إلا إذا توفر لديك أحد شروط التأهيل المذكورة في الفقرة (1).

إذا كان عمرك أقل من ست سنوات، سيتم الإشارة إلى الشروط من (1) إلى (4) بعبارة "لا ينطبق" مع اعتبار الاستثناء التالي:

- ينطبق الشرط (4) على حالات بطء التطور فقط.

اسم المتقدم بالطلب

جدول الدليل
الأطفال دون سن العاشرة (10)

ا تتأهل للحصول على مساعدات قسم الإعاقات التطورية. يسرد هذا الملخص الدلائل الواجب تقديمها لإثبات أي إعاقة تطورية بموجب قانون ولاية واشنطن الإداري 823-388.

الإعاقة	تشخيص الطبيب المؤهل	دليل على قصور ملحوظ
بطء التطور قوانين ولاية واشنطن الإدارية من 0810-823-388 إلى 0850-823-388	التشخيص غير مطلوب	تقييم التطور أو تقييم بطء التطور بطء يبلغ 1.5 انحراف معياري تحت المستوى العادي: من الولادة إلى سن 2 : بطء واحد أو أكثر من سن 3 إلى 9 : بطء في 3 وظائف أو أكثر
أعراض داون قانون ولاية واشنطن الإداري (2)0810-823-388 قانون ولاية واشنطن الإداري 0820-823-388	أعراض داون من قبل طبيب مجاز	لا ينطبق
حالة خطرة جدا لا يمكن تقييمها القانون الإداري (4)0810-823-388 القانون الإداري 0820-823-388	تكون الحالة خطرة جدا حتى يتم تقييمها من قبل طبيب مجاز أو طبيب نفسي مجاز	لا ينطبق
حالة طبية شديدة القانون الإداري (3)0810-823-388 القانون الإداري 0820-823-388	يتأهل المريض للحصول على مساعدات برنامج الرعاية المكثفة في المنزل ويقوم مدير مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية أو إدارة الخدمات والموارد الصحية بالتشخيص والموافقة	لا ينطبق

اسم المتقدم بالطلب	**جدول الدليل** **الأطفال في سن السادسة (6) وأكثر**	
لا تتأهل للحصول على مساعدات قسم الإعاقات التطورية يسرد هذا الملخص الدلائل الواجب تقديمها لإثبات أي إعاقة تطورية بموجب قانون ولاية واشنطن الإداري 823-388.		
الإعاقة	**تشخيص الطبيب المؤهل**	**الدليل على القصور الملحوظ**
إعاقة ذهنية القوانين الإدارية من 0200-823-388 إلى 0230-823-388	يقوم طبيب نفسي مجاز أو طبيب نفسي مرخص بالمدرسة بالتشخيص تشخيص داون من قبل طبيب مجاز	يتضمن التقييم النفسي تقييم التكيف ونتيجة نسبة الذكاء لانحرافين أو أكثر يكونا تحت المستوى العادي **و** لا وجود لدليل على مرض عقلي أو حالة نفسية أو مرض ليس له علاقة أو إصابة تؤثر على التشخيص أو على القدرة على التكيف
شلل الدماغ القانون الإداري من 0300-823-388 إلى 0330-823-388	شلل الدماغ من قبل طبيب مجاز شلل رباعي من قبل طبيب مجاز شلل نصفي من قبل طبيب مجاز شلل مزدوج من قبل طبيب مجاز	يحصل المرض قبل سن الثالثة (3) **و** الدليل على الحاجة إلى المساعدة البدنية للقيام باثنين أو أكثر من الوظائف التالية: التنظيف والاستحمام والأكل وارتداء الثياب والتنقل أو الاتصال

الإعاقة	تشخيص الطبيب المؤهل	الدليل على القصور الملحوظ
داء الصرع القانون الإداري من 388-823-0400 إلى 388-823-0420	داء الصرع من قبل طبيب أعصاب مجاز من طرف المجلس أو نوبات عصبية من قبل طبيب أعصاب مجاز من المجلس	يتم التشخيص بناية على تاريخ المريض الطبي والاختبار العصبي يقوم طبيب أو طبيب أعصاب بالتأكد من حصول نوبات دورية ومستمرة ولا يمكن التحكم فيها بواسطة الدواء و تكون نسبة نتيجة تقييم التكيف لأكثر من انحرافين (2) أقل من المستوى العادي لواحد مما يلي: فينلاند (Vineland) أو SIB-R خلال الثلاث (3) سنوات الماضية، أو ICAP خلال السنتين الماضيتين
الذاتوية (الانكماش على الذات) القانون الإداري من 388-823-0500 إلى 388-823-0515	الذاتوية أو الاضطراب الذاتوي بموجب 299.00 من DSM-IV-TR من قبل طبيب أعصاب مؤهل من طرف المجلس أو طبيب نفسي مؤهل من قبل المجلس أو طبيب سيكولوجي مجاز أو طبيب أطفال متخصص في سلوك الأطفال مؤهل من قبل المجلس	الدليل على بطء الوظائف أو على تطور غير عادي في الوظائف قبل سن 3 في مهارات الحديث والمهارات الاجتماعية واللغوية أو الألعاب الرمزية أو الخيالية و تكون نتيجة التقييم التكيفي أكثر من انحرافين أقل من المستوى العادي لواحد مما يلي: فينلاند (Vineland) أو SIB-R خلال الثلاث (3) سنوات الماضية أو ICAP خلال السنتين الماضيتين.

الإعاقة	تشخيص الطبيب المؤهل	الدليل على القصور الملحوظ
حالة عصبية أخرى القانون الإداريمن 388-823-0600 إلى 388-823-0615	قصور في الجهاز العصبي المركزي من قبل طبيب مجاز	نتيجة نسبة الذكاء تشير إلى انحرافات بنسبة 1.5 أو أكثر تحت المستوى العادي **و** الدليل على الحاجة إلى المساعدة البدنية للقيام باثنين أو أكثر من الوظائف التالية: التنظيف والاستحمام والأكل وارتداء الثياب والتنقل أو الاتصال
حالات أخرى القانون الإداري 388-823-0700 القانون الإداري 388-823-0710	حالة أو اضطراب ينتج عنه قصور في المهارات العقلية والتكيفية من قبل طبيب مجاز أو طبيب نفسي مجاز، **و** يكون نتيجة حالة عصبية أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب صبغي.	نتيجة نسبة الذكاء تشير إلى انحرافات بنسبة 1.5 أو أكثر تحت المستوى العادي **أو** الدليل على بطء أكاديمي ملحوظ **و** لا يوجد دليل على حالات ليست لها علاقة أو قصور يؤثر على الوظائف التكيفية **و** تكون نتيجة التقييم التكيفي أكثر من انحرافين أقل من المستوى العادي لواحد مما يلي: فينلاند (Vineland) أو SIB-R خلال الثلاث (3) سنوات الماضية أو ICAP خلال السنتين الماضيتين
حالة طبية شديدة (إلى حد السن 17 فقط) القانون الإداري 388-823-0700(2) القانون الإداري 388-823-0710(2)	لا ينطبق لا ينطبق	يتأهل للحصول على مساعدة برنامج الرعاية الطبية المكثفة في المنزل من قبل مصلحة الخدمات الاجتماعية والصحية