DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

منصوبہ بند کارروائی کا نوٹس
اہلیت کو مسترد کرنا، ختم کرنا، یا اس کی میعادختم ہونا
PLANNED ACTION NOTICE
ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

مؤکل/درخواست دہندہ کا نام اور پتہ(CLIENT/APPLICANT) نمائندے کا نام اور پتہ

محترم:

اہلیت سے متعلق فیصلہ

_____ سے آپ DDD کے مؤکل ہونے کے اہل نہیں ہیں کیونکہ:

☐ آپ اپنی عمر کے لئے مخصوص اہلیتی شرائط کے کسی بھی معیار پر پورے نہیں اترتے۔

☐ چھ (6) سال سے کم عمر — WAC 388-823-0810 تا 0850

☐ چھ (6) سے نو (9) سال تک کی عمر — WAC 388-823-0810 تا 0850

WAC 388–823–0200 تا 0710

☐ دس (10) سال یا زیادہ کی عمر — WAC 388–823–0200 تا 0710

(ثبوت اور ثبوت کے جدول کا منسلکہ خلاصہ دیکھیں)

☐ آپ کی اہلیت درج ذیل وقت پر ختم ہورہی ہے — WAC 388–823–1005 اور WAC 388–823–1040

☐ چوتھے یوم ولادت پر

☐ دسویں یوم ولادت پر

☐ **آپ کی معذوری کا آغاز 18 سال یا زیادہ عمر میں ہوا ہے ۔** — WAC 388–823–0040

☐ **آپ ریاست واشنگٹن کے باشندے نہیں ہیں۔** — WAC 388–823–0050 اور WAC 388–823–1020

☐ **اس بات کی توقع نہیں ہے کہ آپ کی معذوری غیرمعینہ مدت تک رہے گی۔** — WAC 388–823–0040

☐ **آپ یا آپ کے نمائندے نے آپ کی DDD کی اہلیت ختم کرنے کی درخواست کی ہے۔**

پھر کیا ہوگا؟

☐ **آپ کو ابھی DDD سے بامعاوضہ خدمات حاصل ہورہی ہیں اور آپ کی اہلیت کی میعاد یا اہلیت کے ختم ہوجانے پر درج ذیل خدمات بند ہو جائیں گی: (RCW 71A.16.020)**

☐ HCBS کی استثنائی خدمات

☐ DDD SSP ادائیگیاں

☐ میڈیکیڈ پرسنل کیئر (طبی اعانت برائے ذاتی نگہداشت)

☐ دیگر خدمات

☐ فیملی سپورٹ سروسز (کنبہ جاتی امدادی خدمات)

آپ کے لئے خدمات سے متعلق دیگر دستیاب انتخابات ہیں:

اپیل کرنے کا آپ کا حق

اگر آپ اہلیت کو **مسترد کیے جانے** یا اس کے **خاتمے** سے متفق نہیں ہیں تو آپ کو انتظامی شنوائی کی درخواست کرنے کا حق حاصل ہے۔ آپ کو اہلیت کی **میعاد ختم ہونے** پر اپیل کرنے کا حق نہیں ہے۔

آپ کے پاس شنوائی کی درخواست کرنےکیلئے اس نوٹس کی وصولی کےبعد نوے (90) دنوں کا وقت ہے۔ ایک درخواست فارم منسلک ہے۔

☐ اہلیت کو **مسترد** کرنا۔ اگر اس فارم کے ذریعہ آپ کو اطلاع ملتی ہے کہ آپ کی اہلیت کو مسترد کردیا گیا ہے تو، آپ اس نوٹس کی وصولی کے نوے (90) دنوں کے اندر انتظامی شنوائی کی درخواست کرسکتے ہیں۔ اگر آپ نوے (90) دنوں کے بعد شنوائی کی درخواست کرتے ہیں تو، آپ شنوائی کا حق کھو دیں گے۔

☐ اہلیت کا **خاتمہ**۔ اگر اس فارم کے ذریعہ آپ کو اطلاع دی جاتی ہے کہ آپ کی اہلیت ختم ہوگئی ہے تو:

- آپ اپیل کے عمل کے دوران اہلیت اور کسی موجودہ بامعاوضہ خدمت (خدمات) کو برقرار رکھنے کے لئے _____ تک انتظامی شنوائی کی درخواست کر سکتے ہیں۔
- اگر آپ بامعاوضہ خدمات کو جاری رکھنے کا انتخاب کرتے ہیں اور حتمی فیصلے میں محکمے کی کارروائی کو درست قرار دیا جاتا ہے تو، آپ کو 60 دنوں کے بامعاوضہ خدمات کے لئے باز ادائیگی کے ذمہ دار ہونگے۔
- اگر آپ اپنی بامعاوضہ خدمات جاری نہیں رکھنا چاہتے ہیں تو، درج ذیل سے رابطہ کریں:

_____ سے _____ پر

کیس/ریسورس منیجر — ٹیلیفون نمبر

☐ اہلیت کی **میعاد کا ختم** ہونا۔ اگر اس فارم کے ذریعہ آپ کو اطلاع دی جاتی ہے کہ، اپنے چوتھے یا دسویں یوم ولادت سے پہلے **بروقت** اہلیت کے لئے دوبارہ درخواست نہ دینے کی وجہ سے، آپ کی اہلیت کی میعاد ختم ہوچکی ہے تو، آپ کو انتظامی شنوائی کا حق حاصل نہیں ہوگا۔ آپ اہلیت کے لئے دوبارہ درخواست دے سکتے ہیں۔

آپ کو درج ذیل حقوق حاصل ہیں:

1. اپنی نمائندگی کا (آپ مفت قانونی تعاون حاصل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں)؛
2. اپنی فائل اور فیصلہ کرنے کے لئے DDD نے جن اطلاعات پر نظر ثانی کی ہے ان کی ایک کاپی حاصل کرنے کی درخواست کرنے کا؛
3. ثبوت کے طورپر دستاویزات جمع کرانے کا؛
4. شنوائی کے دوران دلیل دینے اور اپنی جانب سے حلفیہ شہادت پیش کرنے کا؛ اور
5. محکمے کے لئے حلفیہ بیان دینے والے گواہوں سے جرح کرنے کا۔

کیا آپ کا کوئی سوال ہے؟

اگر اہلیت سے متعلق اس فیصلے یا اپیل کے عمل کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہو تو، درج ذیل سے رابطہ کریں:

_____ سے _____

کیس/ریسورس منیجر

_____ پر

_____ _____

ٹیلیفون نمبر — آفس کا نام اور پتہ

Washington State Department of Social & Health Services

منصوبہ بند کارروائی کا نوٹس
DDD کی اہلیت کو مسترد کرنا، ختم کرنا، یا اس کی میعاد ختم ہونا

بحوالہ باب 02-388 برائے DSHS کی شنوائی کے ضوابط۔

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

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

فیکس: 360-586-6563

میں شنوائی کی درخواست کررہا/ رہی ہوں کیونکہ میں نشونما سے متعلق معذوریوں کے شعبے [ڈویژن آف ڈیولپمنٹل ڈس ایبلیٹیز] (DDD) کے اہلیت یا خدمت سے متعلق درج ذیل فیصلے سے متفق نہیں ہوں:

آپ کا نام (براہ کرم جلی حروف میں لکھیں)	تاریخ ولادت	سوشل سیکیورٹی نمبر
شنوائی کی درخواست کرنے والے فرد کا پتہ	مؤکل کا آئی ڈی (شناختی) نمبر	
شہر ریاست ژپ کوڈ	ٹیلیفون نمبر (علاقائی کوڈ شامل کریں) ☐ **میسیج فون**	

مجھے مورخہ _____ کو _____ کے ذریعہ فیصلے کی **اطلاع ملی**
تاریخ — DSHS کے آفس کا نام اور مقام

اگر میں اہل ہوں تو، میں مدد جاری رکھنا چاہتا ہوں: ☐ **ہاں** ☐ **نہیں** پروگرام: _____

میری نمائندگی کریں گے (اگر آپ خود اپنی نمائندگی کررہے ہیں تو، اگلے دو لائنوں میں نہ بھریں):

آپ کے نمائندے کا نام	تنظیم	ٹیلیفون نمبر
پتہ شہر ریاست ژپ کوڈ		

☐ **میں اپنی شنوائی سے متعلق معلومات، اپنے نمائندے کو جاری کرنے کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔**

آپ کے دستخط	تاریخ

کیا آپ کو شنوائی کے لئے ترجمان یا کسی قسم کی مدد یا سہولت کی ضرورت ہے؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں**

اگر ہاں تو کون سی زبان یا کس طرح کی مدد؟ _____

ایڈمنسٹریٹو لاء ججز (ALJ's) کچھ شنوائیاں بذریعہ ٹیلیفون کرسکتے ہیں۔ اگر آپ بالمشافہ شنوائی کروانا چاہتے ہیں تو، شنوائی کے نوٹس پر درج ہدایات پر عمل کریں جسے آپ کو OAH کے ذریعہ بھیجا گیا ہے۔

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 10 (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

ثبوت سے متعلق خلاصہ

DDD کی اہلیت کے لئے بنیادی تقاضے

DSHS کا ضابطہ (WAC)	DDD کی اہلیت کے لئے بنیادی تقاضے	اطلاق نہیں ہوتا	ناکافی ثبوت	کافی ثبوت
388-823-0040 (1)(a)	(1) آپ کی عمر چھ (6) سال یا زیادہ ہے اور آپ کو ایسی معذوری ہو جو درج ذیل کے ایک یا زیادہ سے منسوب ہوسکتی ہو:			
	(a) ذہنی پسماندگی، یا			
	(b) دماغی فالج، یا			
	(c) مرگی، یا			
	(d) خود تسکینی، یا			
	(e) دیگر اعصابی کیفیت، یا			
	(f) دیگر ایسی کیفیات جسے DDD ذہنی پسماندگی سے وابستہ محسوس کرے یا جس کے لئے ایسے علاج کی ضرورت ہو جو ذہنی پسماندگی کے شکار افراد کے لئے ہوتا ہے؛			
388-823-0040 (1)(b)	**اور** (2) آپ کی معذوری 18 سال سے پہلے کی عمر سے ہو؛			
388-823-0040 (1)(c)	**اور** (3) آپ کی معذوری غیرمعینہ مدت تک جاری رہنے کی توقع ہو؛			
388-823-0040 (1)(d)	**اور** (4) آپ کی معذوری کے نتیجے میں آپ کی کارکردگی کافی حد تک محدود ہو جاتی ہو۔			
388-823-0800 (4)	**یا** (5) آپ کی عمر 10 سال سے کم ہو اور:			
	(a) آپ نشونما میں تاخیر کے شکار ہوں، یا			
	(b) آپ کو ڈاؤن سنڈروم ہو، یا			
	(c) آپ کی حالت قابل تشخیص حد تک سنگین ہو، یا			
	(d) آپ متزائد گھریلو طبی نگہداشت (میڈیکلی انٹینسو ہوم کیئر) پروگرام کے اہل ہوں			

نوٹ:

"ناکافی ثبوت" کا مطلب ثبوت وصول نہ ہونا یا ثبوت کا WAC کے معیار کے مطابق نہ ہونا ہے۔ WAC کے خصوصی تقاضوں کے لئے ثبوت سے متعلق منسلکہ جدول دیکھیں۔

اگر آپ کی عمر دس سال یا زیادہ ہے تو، تاوقتیکہ آپ (1) میں بیان کردہ اہلیت کے ایک شرط کی تکمیل نہ کریں، تقاضے (2) تا (5) کو بطور "اطلاق نہیں ہوتا" نشان زد کیا جائے گا۔

اگر آپ کی عمرچھ سال سے کم ہے تو، درج ذیل استثناء کے ساتھ تقاضے (1) تا (4) کوبطور "اطلاق نہیں ہوتا" نشان زد کیا جائے گا:

- تقاضہ (4) کا اطلاق صرف نشونما میں تاخیر کے معاملے پر ہوتا ہے۔

درخواست دہندہ کا نام

ثبوت کا جدول
دس (10) سال سے کم عمر کے بچے

آپ DDD کے مؤکل ہونے کے اہل نہیں ہیں۔ یہ خلاصہ WAC 388-823 کے مطابق ہر قسم کی نشونما سے متعلق معذوری کے لئے درکار ثبوتوں کو بیان کرتا ہے

معذوری کی کیفیت	اہل تشخیص کنندہ کے ذریعہ تشخیص	معقول حد تک معذوری کا ثبوت
نشونما میں تاخیر WAC 388-823-0810 تا 388-823-0850	کسی قسم کی تشخیص درکار نہیں ہے	نشونما سے متعلق جائزہ یا نشونما میں تاخیر کی تشخیص اوسط سے نیچے 1.5 معیار کی تاخیر: پیدائش سے 2 سال تک کی عمر: 1 یا زیادہ تاخیر 3 سے 9 سال کی عمر: 3 یا زیادہ تاخیر
ڈاؤن سنڈروم WAC 388-823-0810(2) WAC 388-823-0820	لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ ڈاؤن سنڈروم کی تشخیص	اطلاق نہیں ہوتا
قابل تشخیص حد تک سنگین کیفیت WAC 388-823-0810(4) WAC 388-823-0820	لائسنس یافتہ معالج یا لائسنس یا فتہ ماہر نفسیات کے ذریعہ قابل تشخیص حد تک سنگین کیفیت کی تشخیص	اطلاق نہیں ہوتا
طبی طور پر متزائد WAC 388-823-0810(3) WAC 388-823-0820	DSHS کے متزائد گھریلو طبی نگہداشت (میڈیکلی انٹینسو ہوم کیئر) پروگرام کی اہلیت بذریعہ DSHS/HRSA ڈائرکٹر	اطلاق نہیں ہوتا

درخواست دہندہ کا نام

ثبوت کا جدول
چھ (6) سال سے کم عمر کے بچے

آپ DDD کے مؤکل ہونے کے اہل نہیں ہیں۔ یہ خلاصہ WAC 388-823 کے مطابق ہر قسم کی نشونما سے متعلق معذوری کے لئے درکار ثبوتوں کو بیان کرتا ہے۔

معذوری کی کیفیت	اہل تشخیص کنندہ کے ذریعہ تشخیص	معقول حد تک معذوری کا ثبوت
ذہنی پسماندگی WAC 388-823-0200 تا 388-823-0230	لائسنس یافتہ ماہر نفسیاتی یا اسکول کے سند یافتہ ماہر نفسیات کے ذریعہ ذہنی پسماندگی کی تشخیص ڈاؤن سنڈروم بذریعہ لائسنس یافتہ معالج	نفسیاتی تشخیص بشمول مطابقت پذیری کی تشخیص اور دو معیاری متفرق طریقوں سے پورے پیمانے کے IQ کا اسکور اوسط سے نیچے ہو **اور** ایسے ذہنی امراض، نفسیاتی کیفیات، یا غیر متعلق بیماری یا چوٹ کا کوئی ثبوت درکار نہیں ہے جس سے تشخیص یا مطابقت پذیری کی صلاحیت پر اثر پڑے۔
دماغی فالج WAC 388-823-0300 تا WAC 388-823-0330	لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ دماغی فالج کی تشخیص لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ ہاتھ پاؤں کی مستقل معذوری (کواڈریپلجیا) کی تشخیص لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ ہیمیپلیجیا کی تشخیص لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ ڈائی پلیجیا کی تشخیص	**3** سال کی عمر سے پہلے آغاز **اور** مندرجہ ذیل دو یا زیادہ معاملات میں جسمانی طور پر مدد کی ضرورت کا ثبوت: رفع حاجت، غسل، کھانا کھانا، لباس پہننا، حرکت پذیری، یا گفتگو

معذوری کی کیفیت	اہل تشخیص کنندہ کے ذریعہ تشخیص	معقول حد تک معذوری کا ثبوت
مرگی WAC 388-823-0400 تا 388-823-0420	بورڈ کے سند یافتہ نیورولوجسٹ کے ذریعہ مرگی کی تشخیص یا بورڈ کے سند یافتہ نیورولوجسٹ کے ذریعہ بیہوشی کے دورے کی تشخیص	طبی سرگذشت پر مبنی تشخیص اور اعصابی جانچیں معالج یا نیورولوجسٹ کے ذریعہ غیر منضبط اور جاری یا بار بار بیہوشی کے دورے پڑنے کی تصدیق جس پر دوا کے ذریعہ قابو نہ پایا جا سکے **اور** مطابقت پذیری کی تشخیص جس کا اسکور درج ذیل میں سے کسی ایک میں 2 متفرق پیمانوں کے اوسط سے کم ہو: وینیلینڈ یا گذشتہ 3 سالوں کے اندر SIB–R ؛ یا گذشتہ 2 سالوں کے اندر ICAP
خود تسکینی (آؤٹزم) WAC 388-823-0500 تا WAC 388-823-0515	بورڈ کے اہل نیورولوجسٹ کے ذریعہ یا بورڈ کے اہل نفسیاتی معالج یا لائسنس یافتہ ماہر نفسیات یا بورڈ سے سند یافتہ نشونما اور برتاؤ سے متعلق بچوں کے معالج کے ذریعہ DSM-IV-TR میں خود تسکینی یا خود خیالی کے مرض کی 299.00 کی تشخیص	3 سال کی عمر سے پہلے سماجی معاملات، زبان، گفتگو کی صلاحیت یا علامتی یا تصوراتی کھیلوں میں تاخیر یا غیرمعمولی عمل پذیری کا ثبوت **اور** مطابقت پذیری کی تشخیص جس کا اسکور درج ذیل میں سے کسی ایک میں 2 متفرق پیمانوں کے اوسط سے کم ہو: وینیلینڈ یا گذشتہ 3 سالوں کے اندر SIB-R ؛ یا گذشتہ 2 سالوں کے اندر ICAP

معذوری کی کیفیت	اہل تشخیص کنندہ کے ذریعہ تشخیص	معقول حد تک معذوری کا ثبوت
دیگر اعصابی WAC 388-823-0600 تا 388-823-0615	لائسنس یافتہ معالج کے ذریعہ مرکزی اعصابی نظام میں نقص کی تشخیص	1 1/2 معیاری متفرق طریقوں سے پورے پیمانے کے IQ کا اسکور اوسط سے نیچے ہو **اور** روزانہ مندرجہ ذیل دو یا زیادہ معاملات میں جسمانی طور پر مدد کی ضرورت کا ثبوت: رفع حاجت، غسل، کھانا کھانا، لباس پہننا، حرکت پذیری، یا گفتگو
دیگر کیفیت WAC 388-823-0700 WAC 388-823-0710	لائسنس یافتہ معالج یا لائسنس یافتہ ماہر نفسیات کے ذریعہ ایک کیفیت یا مرض کی تشخیص جو اپنی تعریف کے تحت عقلی اور مطابقت پذیری کی اہلیت کی کمی کے زمرے میں آتا ہو **اور** اعصابی کیفیت، مرکزی اعصابی نظام میں گڑبڑی، یا کروموزوم کے نقص کے سبب ہو	1 1/2 معیاری متفرق طریقوں سے پورے پیمانے کے IQ کا اسکور اوسط سے نیچے ہو، **یا** تعلیمی تاخیر کا واقعی ثبوت ہو **اور** ایسے غیر متعلق کیفیات یا نقص کوئی ثبوت درکار نہیں ہے جو مطابقت پذیری کی صلاحیت کو متاثر کرتا ہو۔ **اور** مطابقت پذیری کی تشخیص جس کا اسکور درج ذیل میں سے کسی ایک میں 2 متفرق پیمانوں کے اوسط سے کم ہو: وینیلینڈ یا گذشتہ 3 سالوں کے اندر SIB-R ؛ یا گذشتہ 2 سالوں کے اندر ICAP
متزائد طبی (صرف 17 سال کی عمر تک) WAC 388-823-0700 (2) WAC 388-823-0710 (2)	اطلاق نہیں ہوتا اطلاق نہیں ہوتا	DSHS متزائد گھریلو طبی نگہداشت (میڈیکلی انٹینسو ہوم کیئر) پروگرام کے اہل ہوں