

Formulaire de Transmission pour la Détermination de la Déficience Développementale

La preuve de la déficience développementale d'une personne est requise pour déterminer son admissibilité aux services du Bureau de l'État de New York Pour les Personnes Souffrant de Déficiences Développementales (OPPWD). Remplissez ce formulaire et envoyez-le au Bureau Régional de Déficiences Développementales. (Voir les instructions à la page 2)

Joindre: Copies des dossiers qui prouvent un déficience avant l'âge de 22 ans

Contactez votre Bureau Régional de Déficiences Développementales (DDRO) local si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

Veillez Taper ou Imprimer une Copie Lisible. Un * indique une information requise. renseignements requis.

*Section 1. Informations sur la Personne.

*Nom		Identification TABS (si connu):		*Numéro de Sécurité Social:	
*Date de Naissance:	# de Medicaid :	*Comté de résidence:		*Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	
*Adresse du Domicile:			Adresse postale (si différente):		
*Ville:	*État :	*Code Postale:	Ville:	État :	Code Postale:
*Téléphone:			*Aussi connu sous le nom de:		

*Envoyez des informations à (cochez autant de cases que vous le souhaitez):

1. Maison personnelle
2. Adresse postale personnelle
3. Parent/Représentant 1 (remplissez la section 2 P/R1 Nom et adresse)
4. Parent/Représentant 2 (remplissez la section 2 P/R1 Nom et adresse)
5. Coordonnateur du contrôle préalable à l'admission et de l'examen des résidents (PASRR).

Remarque: Ne cochez pas 3 ou 4 si le représentant est l'Agence répertoriée à la section 3

Section 2 : Parents ou représentants impliqués - Utilisez l'adresse où le courrier est reçu. Facultatif sauf si 3 ou 4 est coché ci-dessus.

Nom du P/R1:			Nom du P/R2:		
Adresse:			Adresse:		
Ville:			État:	Code postal	Ville
Téléphone			Pays	Phone:	Pays:

Section 3 : Informations sur l'agence de référence (si applicable) - Les informations sont automatiquement reçues si elles sont remplies .

Nom de l'agence :			
Code de l'agence (si connu)		Adresse de la rue:	
Contact de l'agence :			
Téléphone:		Ville:	État: Code postale:

*Section 4: Check the services you are interested in receiving if determined eligible

<input type="checkbox"/> 1. Détermination de Déficience Développementale uniquement- Aucun service demandé pour le moment	<input type="checkbox"/> 2. Services de soutien individualisés (ISS)	<input type="checkbox"/> 3. Centre de répit
<input type="checkbox"/> 4. Adaptation résidentielle (IRA)	<input type="checkbox"/> Adaptation communautaire	<input type="checkbox"/> 6. Établissement de soins intermédiaires
<input type="checkbox"/> 9. Services préprofessionnels	<input type="checkbox"/> 10. Travail assisté (SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. Soins à domicile
<input type="checkbox"/> 13. SSM - Soutien et services regroupés	<input type="checkbox"/> 14. Gestion de cas, p. ex., SMC	<input type="checkbox"/> 12. FET - Éducation et formation familiales
<input type="checkbox"/> 15. Modifications environnementales/Dispositifs adaptatifs	<input type="checkbox"/> 16. Art. 16 Clinique	

Services de Soutien Familial :

17. Répit 18. Autres soutiens familiaux 19. Évaluation PASRR niveau II

20. Autre (précisez):

*Rempli Par (Nom) :

*Date:

*Formulaire rempli par: 1. Soi-même 2. Parent/Représentant 3. Agence 4. Coordonnateur PASRR

Ce qui suit doit être rempli uniquement par le personnel du Bureau Régional des Déficiences Développementales (DDRO)

Date de Réception par le DDRO:		Nom du Personnel d'Accueil:	
# d'Identification TABS de la Personne:	Date entrée dans TABS:	Par (initiales):	

**Instructions pour Remplir
le Formulaire de transmission
Veuillez taper ou imprimer clairement toutes les informations**

Instructions Générales:

Remplissez ce formulaire et remettez-le à votre DDRO local avec des copies des dossiers. Des copies des dossiers prouvant l'invalidité avant l'âge de 22 ans doivent être jointes à la transmission. Ceux-ci seront utilisés pour l'examen de l'éligibilité à l'OPWDD. Si vous avez des questions sur les types de documents nécessaires pour l'examen de l'admissibilité, consultez ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES OPWDD Faits importants. La fiche d'information peut être trouvée sur le site Web de l'OPWDD opwdd.ny.gov demandée auprès de votre DDRO local.

Instructions Détaillées:

Ce formulaire de transmission peut être rempli par : la personne qui veut savoir si elle est admissible aux services de OPWDD, son parent ou son avocat, ou une personne de l'agence qui l'aide.

Section 1 : Renseignements sur la personne

Nom : Le nom légal de la personne ; nom de famille, prénom et initiale du second prénom.
ID TABS : Le numéro d'identification TABS de la personne, s'il n'est pas enregistré, laissez-le en blanc.
SS: Le numéro de sécurité sociale à 9 chiffres de la personne.
Date de naissance: La date de naissance de la personne, au format mois, jour, année (MM/JJ/AAAA). (par exemple, 04/03/1998)
Medicaid : Le numéro d'aide médicale de la personne.
Comté de résidence: Le comté de résidence de la personne. (par exemple, Kings, Essex)
Sexe Cochez la case M pour un garçon/homme ou la case F fille/femme, ou X pour un sexe qui n'est ni masculin ni féminin
Adresse du domicile: L'adresse actuelle du domicile de la personne
Indiquez la rue/l'avenue, le numéro d'appartement, la ville, l'État et le code postal.
Adresse postale: L'adresse où la personne reçoit son courrier, si elle est différente de l'adresse du domicile.
Indiquez la boîte postale/la rue/l'avenue, le numéro d'appartement, la ville, l'État et le code postal.
Téléphone: Le numéro de téléphone de la personne, y compris l'indicatif régional.
Aussi connu sous le nom de: Indiquez tous les noms (autres que le nom légal) sous lesquels la personne est connue.
Inclure les surnoms, le nom de jeune fille, etc.
Envoyer l'information à: Mettez un X à côté de la case indiquant où les informations concernant la décision d'admissibilité doivent être envoyées. Si un parent ou un représentant (autre que l'agence indiquée dans la section 3) doit recevoir les informations du DDRO, cochez la case 3 et/ou 4 et remplissez les parties relatives au parent/représentant de la section 2. Toute agence de la section 3 recevra automatiquement des informations concernant la détermination de l'éligibilité.

Section 2 : Parents impliqués ou Représentants— Cette section est facultative, sauf si la case 3 ou 4 de la section "Envoyer les informations à " est cochée. Si un seul parent/représentant est nécessaire, utilisez P/R1 Nom et adresse.

Nom: Le nom du parent ou du représentant : nom de famille, prénom et initiale du second prénom.
Adresse du domicile: L'adresse actuelle du domicile du parent ou du représentant
Indiquez la rue/l'avenue, le numéro d'appartement, la ville, l'état et le code postal.
Adresse postale: L'adresse à laquelle le parent ou l'intervenant reçoit son courrier, si elle est différente de l'adresse du domicile.
Indiquez la boîte postale ou l'adresse de la rue ou de l'avenue, le numéro d'appartement, la ville, l'État et le code postal.
Téléphone : Le numéro de téléphone du parent ou du représentant, y compris l'indicatif régional.

Section 3 : Informations sur l'agence de référence (si applicable)

Nom de l'agence : Le nom complet de l'agence
Code de l'agence : Code de l'agence de l'OPWDD, si connu.
Contrat de l'agence: Nom de l'employé de l'agence à contacter au sujet de la détermination de l'admissibilité.
Adresse de la rue: Indiquez l'adresse à laquelle le contact de l'agence reçoit son courrier. Indiquez la boîte postale ou l'adresse postale, la ville et le code postal.
Téléphone : Numéro de téléphone du contact de l'agence, y compris l'indicatif régional et toute extension.

Section 4: Placez un X dans la case 1 pour la détermination de la déficience développementale seulement. Ou, placez un X dans la case à côté de chaque service que la personne est intéressée à recevoir SI ell/ill est déterminé(e) admissible aux services OPWDD.

REMARQUE: La Transmission N'EST PAS une demande de services.

Rempli par : ÉCRIRE lisiblement le nom de la personne qui a rempli le formulaire et la date à laquelle le formulaire est rempli.
Formulaire rempli par: Mettez un X dans la case appropriée pour indiquer qui a rempli le formulaire (la personne elle-même le parent ou le représentant, le personnel de l'agence ou le coordinateur PASRR).

***Envoyez le formulaire rempli et les documents requis à votre DDRO local.**