

发育障碍认定传送表

为认定OPWDD服务资格，需要该人士合资格发育障碍的证明。填写本表并将其发送到您当地的发育障碍区域办公室。（请参见第2页的说明）

附上：作为年满22周岁之前残障证明的记录副本

如您有任何疑问或需要帮助填写本表格，请联系您当地的DDRO。
请输入或打印可读副本。*表示必填信息。

***第1节 该人士信息**

*姓名:		TABS编号 (如知道):		*SSN:	
*出生日期:	Medicaid编号:	*居住郡:	*性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X		
*家庭地址:		邮寄地址 (如不同):			
*城市:	*州:	*邮编:	城市:	州:	邮编:
*电话:		*别称:			

*发送信息至 (根据需要勾选任意数量):

1. 自己 - 住宅
2. 自己 - 邮寄地址
3. 家长/代理人1 (填写第2节P/A1姓名和地址)
4. 家长/代理人2 (填写第2节P/A1姓名和地址)
5. PASRR协调员

注意: 如果代理人为第3节中列出的机构，请不要勾选3或4。

第2节: 参与的家长或代理人 - 使用接收邮件的地址。可选项，除非勾选以上3或4。

P/A1姓名:			P/A2姓名:		
地址:			地址:		
城市:	州:	邮编:	城市:	州:	邮编:
电话:	国家:		电话:	国家:	

第3节: 推介机构信息 (如适用) - 如填写，则自动接收信息。

机构名称:			
机构代码 (如知道):		街道地址:	
机构联系人:			
电话:	城市:	州:	邮编:

***第4节: 勾选您有兴趣接受的服务 (如认定具有资格)**

<input type="checkbox"/> 1. 仅发育障碍认定 - 目前不申请任何服务	<input type="checkbox"/> 2. 个性化支持服务 (ISS)	<input type="checkbox"/> 3. 暂托中心
<input type="checkbox"/> 4. 住宿适应训练 (IRA)	<input type="checkbox"/> 5. 社区适应训练	<input type="checkbox"/> 6. 中级护理设施 (ICF)
<input type="checkbox"/> 7. 日间适应训练	<input type="checkbox"/> 8. 日间治疗	
<input type="checkbox"/> 9. 职前服务	<input type="checkbox"/> 10. 支持的工作 (SEMP)	<input type="checkbox"/> 11. 居家护理
<input type="checkbox"/> 12. FET - 家庭教育与培训		
<input type="checkbox"/> 13. CSS - 合并支持和服务	<input type="checkbox"/> 14. 案例管理, 例如MSC	<input type="checkbox"/> 15. 环境改造/自适应装置
<input type="checkbox"/> 16. 第16条诊所		
家庭支持服务:		
<input type="checkbox"/> 17. 暂托	<input type="checkbox"/> 18. 其他家庭支持	<input type="checkbox"/> 19. PASRR二级评估
<input type="checkbox"/> 20. 其他 (请注明):		

*填写人 (姓名):

*日期:

*表格填写人: 1. 自己 2. 家长/代理人 3. 机构 4. PASRR协调员

以下仅由DDRO工作人员填写:

DDRO收到日期:	收件工作人员姓名:	
该人士TABS编号:	TABS中填入的日期:	签字人 (小签):

传送表填写说明
请输入或清晰打印所有信息

一般说明：

填写本表并将其与记录副本一起发送给您当地的DDRO。证明在年满22周岁之前残障的记录副本必须附在传送表上。这些将用于OPWDD资格审查。如您对资格审查所需的记录类型有疑问，请参见OPWDD服务资格的重要事实。情况说明书可以在OPWDD网站opwdd.ny.gov上获取，也可以向您当地的DDRO索取。

详细说明：

本传送表可由以下人士填写：想知道自己是否有资格获得OPWDD服务的人员、其家长或代理人，或正在帮助该人士的机构人员。

第1节：该人士信息

姓名：该人士的法定姓名；姓氏、名字和中间名首字母
TABS编号：该人士的TABS编号，如未注册，请留空
SS编号：该人士的9位数社会保障号码
出生日期：该人士的出生日期，以月、日、年（MM/DD/YYYY）格式表示。（例如04/03/1998）
Medicaid编号：该人士的Medicaid编号。
居住郡：个人的居住郡。（例如，国王、埃塞克斯）
性别：勾选“男”复选框表示男孩/男人，或勾选“女”复选框表示女孩/女人，或者勾选“X”表示不完全是男性或女性的性别
家庭地址：该人士的当前家庭地址
包括街道/大道、公寓号、城市/城镇、州和邮政编码。
邮寄地址：该人士接收邮件的地址（如与家庭地址不同）。
包括邮政信箱/街道/大道、公寓号、城市/城镇、州和邮政编码。
电话：该人士的电话号码，包括区号。
别称：列出该人士被他人所知的所有姓名（除法定姓名外）。
包括昵称、娘家姓等。
发送信息至：在复选框旁标记X，表示有关资格决定的信息应发送的地址。**如果要从DDRO向家长或代理人（第3节中的机构除外）发送信息，请勾选复选框3和/或4并填写第2节的家长/代理人部分。**第3节中的任何机构将自动收到有关资格认定的信息。

第2节：参与的家长或代理人—本节是可选的，除非勾选“发送信息至”的复选框3或4。

如仅需要一名家长/代理人，请使用 P/A1姓名和地址。

姓名：家长或代理人的姓名；姓氏、名字和中间名首字母。
家庭地址：家长或代理人的当前家庭住址
包括街道/大道、公寓号、城市/城镇、州和邮政编码。
邮寄地址：家长或代理人接收邮件的地址（如与家庭地址不同）。
包括邮政信箱/街道/大道地址、公寓号、城市/城镇、州和邮政编码。
电话：家长或代理人的电话号码，包括区号。

第3节：推介机构信息（如适用）

机构名称：机构全称
机构代码：机构的OPWDD机构代码（如果已知）
机构联系人：就资格认定需联系的机构工作人员的姓名
街道地址：填写代理机构联系人接收邮件的地址。包括邮政信箱/街道/大道地址、公寓号、城市/城镇和邮政编码
电话：该机构联系人电话号码，包括区号和任何分机号。

第4节：在复选框1中填入X，仅用于认定发育障碍。或者，如果确定该人士有资格获得OPWDD服务，则在其有兴趣接受的每项服务旁的复选框中填入X。

注意：传送表不是服务申请书。

填写人：清晰打印填写表格人士的姓名和填写表格的日期。
表格填写人：在正确的复选框中填入X，以表明填写表格者是谁（该人士/自己、家长或代理人、机构工作人员或PASRR协调员）

***将填好的表格和所需记录提交给您当地的DDRO**