

For CDDP office use only

Date received	CDDP receiving form	<input type="checkbox"/> Initial application
		<input type="checkbox"/> Reapplication
Title XIX Medicaid (OSIPM or MAGI) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	OHP number or OHP referral date	Prime number

申请人信息 (请使用正楷体)

姓氏	名字	中间名首字母	性别
社会保障号码	出生日期	出生地点	婚姻状况
当前地址	城市	州	邮编
邮寄地址 (若与家庭地址不同)	城市	州	邮编
常用电话号码	电子邮箱地址 (选填)		

主要联系人、有监护权的家长或监护人 (如适用)

姓名	关系 (例如: 有监护权的家长、监护人)		
地址	城市	州	邮编
常用电话号码	电子邮箱地址 (选填)		
申请人是否有法院指定的监护人?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
指定监护人的姓名、地址和电话号码 (注明是否与上述信息相同)			
申请人是否有医疗代表? ORS 127.505			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
医疗代表的姓名、地址和电话号码 (注明是否与上述信息相同)			

转介至社区发育障碍计划(CDDP)

推介申请人的个人姓名与职务	电话号码
申请人是否在俄勒冈州或俄勒冈州以外任何州接受或申请残疾相关计划的服务?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请列出俄勒冈州郡县或其他州	
申请人的首选通信格式 (OAR 943-070-0040)	
您希望我们以哪种语言与您交谈?	
您希望我们以哪种语言给您写信?	
您是否需要翻译 (包括手语) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他通信需求:	

申请人的族裔 (OAR 943-070-0030)

族裔 (请勾选所有适用选框)

<input type="checkbox"/> 西班牙裔 / 拉丁美洲裔	<input type="checkbox"/> 非西班牙裔
<input type="checkbox"/> 古巴裔	<input type="checkbox"/> 未知
<input type="checkbox"/> 墨西哥裔	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 波多黎各裔	
<input type="checkbox"/> 南美洲裔或中美洲裔	<input type="checkbox"/> 拒绝回答
<input type="checkbox"/> 其他	

申请人的种族 (OAR 943-070-0030)

种族 (请勾选所有适用选框)

<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亚裔	<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 东欧裔
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人	<input type="checkbox"/> 华裔	<input type="checkbox"/> 中东裔
<input type="checkbox"/> 加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族	<input type="checkbox"/> 菲律宾裔	<input type="checkbox"/> 北非裔
<input type="checkbox"/> 本土墨西哥人、中美洲人或南美洲人	<input type="checkbox"/> 苗族裔	<input type="checkbox"/> 斯拉夫裔
<input type="checkbox"/> 其他美洲印第安人	<input type="checkbox"/> 日裔	<input type="checkbox"/> 西欧裔
	<input type="checkbox"/> 韩裔	<input type="checkbox"/> 其他白人
	<input type="checkbox"/> 老挝裔	
	<input type="checkbox"/> 南亚裔	
	<input type="checkbox"/> 越南裔	
	<input type="checkbox"/> 其他亚裔	
<input type="checkbox"/> 非裔美国人或黑人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 非裔	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人	<input type="checkbox"/> 未知
<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	

<input type="checkbox"/> 加勒比人 <input type="checkbox"/> 其他黑人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人 <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 拒绝回答
--	---	-------------------------------

发育残疾

请描述您的残疾情况以及首次观察到残疾的年龄

智力障碍

观察到或诊断出的病症	如果确诊，请列出提供商和日期
<input type="checkbox"/> 智力障碍	
<input type="checkbox"/> 整体发育迟缓	
<input type="checkbox"/> 里程碑延迟	

其他发育障碍

观察到或诊断出的病症	如果确诊，请列出提供商和日期
<input type="checkbox"/> 自闭症谱系障碍	
<input type="checkbox"/> 脑瘫	
<input type="checkbox"/> 唐氏综合症	
<input type="checkbox"/> 癫痫	
<input type="checkbox"/> 产前吸食毒品、酒精或其他毒素	
<input type="checkbox"/> 妥瑞氏症	
<input type="checkbox"/> 获得性 / 创伤性脑损伤	
<input type="checkbox"/>	

其他病症

观察到或诊断出的病症	如果确诊，请列出提供商和日期
<input type="checkbox"/> 注意力缺陷 / 多动症	
<input type="checkbox"/> 抑郁症	
<input type="checkbox"/> 语言障碍	
<input type="checkbox"/> 双相障碍或人格障碍	
<input type="checkbox"/> 创伤后应激障碍	
<input type="checkbox"/> 特定学习障碍	
<input type="checkbox"/> 药物相关障碍	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

医疗服务提供商

主要护理医生或诊所	地点	电话号码
牙医或诊所	地点	电话号码
首选医院	地点	电话号码

残疾评估

请列出对您的残疾进行评估的专业人员。包括心理学家、神经心理学家、精神病学家、神经学家、神经发育儿科医生、遗传学家和心理健康提供商。例如列出您在 IQ 测试、心理评估、您的残疾医疗或遗传评估或心理健康评估中见过的专业人员。

日期	专业人员姓名或诊所名称	评估类型
地点 (请提供您知道的地址)		电话号码
日期	专业人员姓名或诊所名称	评估类型
地点 (请提供您知道的地址)		电话号码
日期	专业人员姓名或诊所名称	评估类型
地点 (请提供您知道的地址)		电话号码
日期	专业人员姓名或诊所名称	评估类型
地点 (请提供您知道的地址)		电话号码
您是否曾在治疗中心或医院住院以便接受精神病或医学治疗?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
日期	设施名称与地点或医院名称	

其他服务机构 (示例包括: 儿童福利、自给自足、职业康复、心理健康)

开始 / 结束日期	机构或提供商地点	联系人姓名

开始 / 结束日期	机构或提供商地点	联系人姓名
开始 / 结束日期	机构或提供商地点	联系人姓名

医疗保险

申请人健康保险

<input type="checkbox"/> 私人健康保险 承保人	<input type="checkbox"/> 俄勒冈州健康计划 OHP/Medicaid 号码	<input type="checkbox"/> Medicare 计划号码
--	--	---

我目前没有健康保险。

接受特定发育障碍服务的资格取决于您的 Medicaid 资格。
如果您尚未申请，请与 CDDP 讨论如何申请。

您是否已申请医疗援助？ 是 否

申请人的个人收入来源

申请人的个人收入（勾选所有适用选项；请勿包含其他家庭收入）

<input type="checkbox"/> 就业	<input type="checkbox"/> 贫困家庭临时救助 (TANF)
<input type="checkbox"/> 信托基金	<input type="checkbox"/> 私人残疾福利
<input type="checkbox"/> 申请人子女抚养费	<input type="checkbox"/> 收养或监护援助
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利	<input type="checkbox"/> 无收入
<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 其他：

社会保障

残疾人可能有资格参加以下两项联邦残疾计划之一：社会保障残疾保险 (SSDI) 或补充保障收入 (SSI)。社会保障管理局 (SSA) 负责管理这些计划。

您是否已申请社会保障福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申请日期
您目前是否在领取社会保障福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	起始日期
<input type="checkbox"/> 补充保障收入 (SSI)	金额	
<input type="checkbox"/> 社会保障残疾保险 (SSDI)	金额	
您是否因收入、从家长那里接收社会保障福利或生活费用津贴增长而失去 SSI？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

如果您未申请 SSI/SSDI 福利，您可以在[社会保障网站](#)上了解关于社会保障福利的更多信息。联系您[当地的 SSA 办公室](#)进行申请。

这些资源可能对您有所帮助：

- 了解 SSI: <http://www.socialsecurity.gov/ssi/text-income-ussi.htm>
- SSI 付款金额: <http://www.ssa.gov/oact/cola/SSI.html>

教育背景

当前就读学校或上一所学校名称	起始日期	终止日期

城市和州

上一所学校的名称	起始日期	终止日期

城市和州

您是否曾在任何学校接受特殊教育服务 (例如早期干预、IEP 或 504 计划) ?	<input type="checkbox"/> 是
--	----------------------------

您是否高中毕业?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----------	----------------------------	----------------------------

如果是，您获得了哪种类型的文凭 (您预计收到哪种类型的文凭) ?	<input type="checkbox"/> 正规	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 未知
	<input type="checkbox"/> 修改后	<input type="checkbox"/> 证书	

法律历史记录

您是否有犯罪记录或少年法庭记录?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
------------------	----------------------------	----------------------------

犯罪所在州和郡县	犯罪性质

假释或缓刑监督官	电话号码

其他信息

我们为何需要您的社会保障号码

联邦法律 42 USC 1320b-7(a)&(b)、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920 和 42 CFR 457.340(b) 以及 OAR 461-120-0210 要求申请人在申请医疗福利时向俄勒冈州公众服务部 / 俄勒冈州卫生局提供社会保障号码，OAR 461-120-0210 中规定的情况除外。

俄勒冈州公众服务部和俄勒冈州卫生局将使用您的社会保障号码来帮助确认您是否具备享受福利的资格。俄勒冈州公众服务部和俄勒冈州卫生局可使用您的社会保障号码，将您的申请上的信息与提供给其他州和联邦计划和机构（例如 IRS、Medicaid、社会保障和就业部门）之记录或此类计划和机构创建之记录进行匹配。

俄勒冈州公众服务部和俄勒冈州卫生局还可能按照资助机构的要求，使用您的社会保障号码去准备关于您所申请并接受相关福利之计划的汇总数据或报告。具体来说，俄勒冈州公众服务部和俄勒冈州卫生局可以使用或披露您的社会保障号码：运营您申请或领取福利之计划；开展质量评估和改进活动；验证正确的支付金额并与提供商开展业务；以及收回超额支付的福利。

资格决定之通知

如果您希望 CDDP 的资格决定通知被寄送给除您以外的任何人，您必须提供该人的姓名和地址。CDDP 必须获得书面授权才能披露信息并寄送通知给除申请人或法定监护人以外的任何人。

姓名	与申请人的关系 (例如监护人、代表)		
地址	城市	州	邮编

签名

在下方签名即表示我同意此申请中包含的信息真实正确，无论此等信息是由我或代表给出。我也确认，我已经收到并审查了下一页上的权利通知。

签名	日期
正楷体姓名	
与您的	
<input type="checkbox"/> 自己 (成年申请人)	<input type="checkbox"/> 成年人的法院指定监护人
<input type="checkbox"/> 未成年人的有监护权的家长或法定监护人	<input type="checkbox"/>

权利通知

- 您要求从俄勒冈州发育障碍系统获得服务。参与服务是自愿行为；您可随时撤销这一请求。
- 俄勒冈州公众服务部 (ODHS) 不歧视任何人。俄勒冈州公众服务部为符合服务资格的所有申请人提供服务，俄勒冈州公众服务部不会基于年龄、种族、性别、肤色、国籍、宗教、政治信仰、残疾或性取向而对任何申请人进行区别对待。如果您认为俄勒冈州公众服务部给予了您不公平待遇，您可向州长维权办公室 (1-800-442-5238) 提出投诉。
- CDDP 和俄勒冈州公众服务部会依据俄勒冈州公众服务部隐私和保障政策、ORS 179.505 和 ORS 179.507 保护您的信息和记录。CDDP 需要您的授权以便请求获得并披露关于您的残疾的记录。
- 当您签署并提交此表格至 CDDP，并给 CDDP 签署获得您未提供的记录的授权书时，信息录入完成。CDDP 将在 90 天内与您合作完成服务的完整申请。如果 CDDP 需要更多文件来做出资格决定，CDDP 可能联系您要求延长决定时间限制（超过 90 天）。如果 CDDP 需要更多信息以确定发育障碍的存在，CDDP 可能依据 ORS 410.060 和 427.105 要求您参加诊断评估。
- CDDP 必须在做出资格决定前收到填妥的申请表。填妥的申请表包括此表格以及做出资格决定所需的文件和记录。CDDP 收到与您的残疾有关的所有文件（如 OAR 411-320-0080(1) 中所述）后，CDDP 将向您发送书面决定通知。信息录入和完整申请如 OAR 411-320-0020 中规定。
- CDDP 的书面决定通知将包含听证会权利通知。如果您对 CDDP 的决定有不同意见，您可按 ORS 第 183 章和 OAR 411-318-0025 中所述要求举行有争议的案件听证会。
- 您可以通过提交行政听证申请表 ([SDS 0443DD](#)) 或向 CDDP 或俄勒冈州公众服务部员工口头请求举行听证会来要求举行有争议的案件听证会。俄勒冈州公众服务部必须在资格决定通知日期后的 90 天内收到您的听证申请。
- 您可指定另一人代表您或代表您要求举行听证会（包括律师或亲属、朋友或其他发言人）。您可在要求举行听证会时确定您的代表。