

## نموذج الإحالة لتحديد إعاقة النمو

من الضروري إثبات إعاقة النمو لدى الشخص بغية تحديد أهليته للحصول على خدمات مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو. أكمل هذا النموذج وأرسله إلى المكتب الإقليمي المحلي لإعاقات النمو. (راجع التعليمات في الصفحة ٢)  
**يرجى إرفاق: نسخ وثائق تثبت أنك تعاني من إعاقة قبل بلوغ ٢٢ عاماً**  
 اتصل بالمكتب الإقليمي المحلي لإعاقات النمو إن احتجت إلى طرح أسئلة أو الاستعانة بمساعدة لملاء هذا النموذج.  
 يرجى كتابة نسخة قابلة للقراءة أو طباعتها. تشير علامة \* إلى المعلومات الواجب ذكرها.

## \* القسم الأول: معلومات الشخص

* الاسم:		رقم هوية نظام التتبع والفواتير (في حال معرفته):	* رقم الضمان الاجتماعي:
* تاريخ الولادة:	رقم برنامج المساعدة الطبية:	* مقاطعة الإقامة:	* الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> X
* عنوان المنزل:	العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً):		
* المدينة:	* الولاية:	* الرمز البريدي:	الرمز البريدي:
* رقم الهاتف:	* أسماء التعريف الأخرى:		

\* يمكن إرسال المعلومات إلى (يمكن وضع علامة في أكثر من مربع):

1.  عنواني الخاص - المنزل
2.  عنواني الخاص - العنوان البريدي
3.  الوالد/المحامي ١ (أكمل القسم الثاني، اسم الوالد/المحامي ١ والعنوان)
4.  الوالد/المحامي ٢ (أكمل القسم الثاني، اسم الوالد/المحامي ٢ والعنوان)
5.  منسق الفحص قبل القبول ومراجعة المقيمين (PASRR)

**القسم الثاني: الوالدان أو المحامون المعينون** - ضع العنوان حيث تتلقى البريد. هذا القسم اختياري إلا إذا وضعت علامة في المربعين ٣ و ٤ أعلاه.

اسم الوالد/المحامي ١:		اسم الوالد/المحامي ٢:	
العنوان:		العنوان:	
المدينة:	الولاية:	المدينة:	الولاية:
رقم الهاتف:	البلد:	رقم الهاتف:	البلد:

**القسم الثالث: إحالة معلومات الوكالة (إن وجدت)** - تتلقى المعلومات تلقائياً في حال إكمال القسم.

اسم الوكالة:	
رمز الوكالة (في حال معرفته):	عنوان الشارع:
جهة الاتصال بالوكالة:	المدينة:
رقم الهاتف:	الولاية:
	الرمز البريدي:

## \* القسم الرابع: تحقق من الخدمات التي ترغب في الحصول عليها إن أثبتت أهليتك

<input type="checkbox"/> ١. تحديد إعاقة النمو فحسب - ما من خدمات مطلوبة في هذه المرحلة <input type="checkbox"/> ٢. خدمات الدعم الفردية (ISS) <input type="checkbox"/> ٣. مركز الراحة
<input type="checkbox"/> ٤. التأهيل السكني (IRA) <input type="checkbox"/> ٥. التأهيل المجتمعي <input type="checkbox"/> ٦. مرفق الرعاية الوسيطة (ICF) <input type="checkbox"/> ٧. التأهيل النهاري <input type="checkbox"/> ٨. العلاج النهاري
<input type="checkbox"/> ٩. الخدمات التمهيديّة المهنيّة <input type="checkbox"/> ١٠. التوظيف المدعوم (SEMP) <input type="checkbox"/> ١١. الرعاية في المنزل <input type="checkbox"/> ١٢. التربية والتدريب الأسريّان (FET)
<input type="checkbox"/> ١٣. أشكال الدعم والخدمات الموحدّة (CSS) <input type="checkbox"/> ١٤. إدارة الحالة، مثل تنسيق خدمات برنامج المساعدة الطبيّة (MSC)
<input type="checkbox"/> ١٥. التغييرات البيئيّة / الأجهزة التكيّفية <input type="checkbox"/> ١٦. المادّة ١٦، العيادات
<b>خدمات الدعم الأسري:</b>
<input type="checkbox"/> ١٧. الراحة <input type="checkbox"/> ١٨. خدمات الدعم الأسري الأخرى <input type="checkbox"/> ١٩. تقييم PASRR من المستوى الثاني
<input type="checkbox"/> ٢٠. خدمات أخرى (حدّد):

\* أكمل النموذج من قبل (الاسم): \* التاريخ:

\* أكمل النموذج من قبل: ١.  الشخص نفسه ٢.  الوالد/المحامي ٣.  الوكالة ٤.  منسق الفحص قبل القبول ومراجعة المقيمين (PASRR)

**القسم الآتي مخصّص للموظفين في المكتب الإقليمي لإعاقات النمو فحسب:**

تاريخ استلام النموذج من قبل المكتب الإقليمي لإعاقات النمو:	اسم موظف الاستقبال:
رقم هوية نظام التتبع والفواتير الخاص بالشخص:	تاريخ الإدخال في نظام التتبع والفواتير:
	من قبل (الأحرف الأولى):

**تعليمات إكمال  
نموذج الإحالة  
الرجاء كتابة كافة المعلومات أو طباعتها بوضوح**

**التعليمات العامة:**

أكمل هذا النموذج وأرسله إلى المكتب الإقليمي المحلي لإعاقات النمو الذي تتعامل معه، وأرفقه بنسخ وثائق تثبت أنك تعاني من إعاقة قبل بلوغك ٢٢ عاماً. سيستخدم هذا النموذج لمراجعة أهليتك للحصول على خدمات مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو. إذا كانت لديك أسئلة حول أنواع السجلات اللازمة لمراجعة الأهلية، راجع صفحة الحقائق المهمة عن الأهلية للحصول على خدمات مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو. يمكنك العثور عليها على الموقع الإلكتروني الخاص بمكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو [opwdd.ny.gov](http://opwdd.ny.gov) أو التواصل مع المكتب الإقليمي المحلي لإعاقات النمو للحصول عليها.

**التعليمات المفصلة:**

يمكن إكمال نموذج الإحالة هذا من قبل: الشخص الذي يريد التحقق من أهليته للحصول على خدمات مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو، أو أحد والديه، أو محاميه، أو الوكالة التي تساعد.

**القسم الأول: معلومات الشخص**

الاسم القانوني، والشهرة، والاسم الأول، والاسم الأوسط  
رقم هوية نظام التتبع والفواتير الخاص بالفرد. في حال عدم التسجيل، اترك هذه الخانة فارغة  
رقم الضمان الاجتماعي: رقم الضمان الاجتماعي المكون من ٩ أرقام  
تاريخ الولادة (الشهر/اليوم/السنة)، مثلاً (١٩٩٨/٠٣/٠٤)  
الرقم في برنامج المساعدة الطبية: رقم الشخص في برنامج المساعدة الطبية المقاطعة المقيم فيها (مثلاً، كينغز، إسكس)  
الجنس: وضع علامة في مربع "ذكر" للصبوي/الرجل، أو مربع "أنثى" للبنات/المرأة، أو مربع "X" إن لا يقتصر الجنس على ذكر أو أنثى  
عنوان المنزل: عنوان المنزل الحالي، مع تحديد الشارع/الجادة ورقم الشقة والمدينة/البلدة والولاية والرمز البريدي.  
العنوان البريدي: عنوان تلقى البريد، إن اختلف عن عنوان المنزل، مع تحديد صندوق البريد/الشارع/الجادة ورقم الشقة والمدينة/البلدة والولاية والرمز البريدي  
رقم الهاتف: رقم الهاتف مع تحديد رمز المنطقة  
أسماء التعريف الأخرى: تحديد كافة الأسماء (المختلفة عن الاسم القانوني) المعرف بها، مع تحديد الألقاب والاسم قبل الزواج، وغيرها  
عنوان إرسال المعلومات: وضع علامة X إلى جانب المربع الذي يحدد العنوان حيث يجب إرسال المعلومات الخاصة بقرار الأهلية. إن كان عنوان إرسال المعلومات الصادرة عن المكتب الإقليمي لإعاقات النمو هو عنوان الوالد أو المحامي (غير الوكالة المحددة في القسم الثالث)، يرجى وضع علامة في المربعين ٣ و/أو ٤ وملء الخانات الخاصة بالوالد/المحامي في القسم الثاني. سنتلقى أي وكالة محددة في القسم الثالث تلقائياً المعلومات حيال تحديد الأهلية.

**القسم الثاني: الوالدان أو المحامون المعنيون** - هذا القسم اختياري إلا إذا وضعت علامة في المربعين ٣ و ٤ في خانة "يمكن إرسال المعلومات إلى". إن كنت تريد تحديد والد أو محامٍ واحدٍ، املاً الخانة "الوالد/المحامي ١" والخانة "العنوان" تحتها.

الاسم القانوني، والشهرة، والاسم الأول، والاسم الأوسط  
عنوان المنزل: عنوان المنزل الحالي، مع تحديد الشارع/الجادة ورقم الشقة والمدينة/البلدة والولاية والرمز البريدي.  
العنوان البريدي: العنوان حيث يتلقى الوالد أو المحامي البريد، إن اختلف عن عنوان المنزل، مع تحديد صندوق البريد أو الشارع/الجادة ورقم الشقة والمدينة/البلدة والولاية والرمز البريدي.  
رقم الهاتف: رقم الهاتف الخاص بالوالد أو المحامي، مع تحديد رمز المنطقة.

**القسم الثالث: إحالة معلومات الوكالة (إن وجدت)**

اسم الوكالة: الاسم الكامل للوكالة  
رمز الوكالة: رمز الوكالة في مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو، في حال معرفته  
العقد المُبرم مع الوكالة: اسم الموظف في الوكالة الذي يمكن الاتصال به بشأن تحديد الأهلية  
عنوان الشارع: العنوان حيث تتلقى جهة الاتصال الخاصة بالوكالة البريد، مع تحديد صندوق البريد أو الشارع/الجادة ورقم الشقة والمدينة/البلدة والولاية والرمز البريدي.  
رقم الهاتف: رقم هاتف جهة الاتصال الخاصة بالوكالة، مع تحديد رمز المنطقة وأي رقم داخلي.

**القسم الرابع:** ضع علامة X في المربع ١ لتحديد إعاقة النمو فحسب، أو ضع علامة X في مربع كل خدمة يرغب الشخص في الحصول عليها إن أثبتت أهليته للحصول على خدمات مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو.

ملاحظة: إن نموذج الإحالة لا يُعد طلباً للحصول على الخدمات.

أُكْمَل النموذج من قبل: يُرْجى طباعة اسم الشخص الذي أُكْمَل النموذج وتاريخ إكماله بشكلٍ مقروء.  
أُكْمَل النموذج من قبل: ضع علامة X في المربع الصحيح للإشارة إلى الجهة التي أُكْمَل النموذج (الشخص نفسه، أو الوالد أو المحامي، أو الموظفون في الوكالة، أو منسق الفحص قبل القبول ومراجعة المقيمين (PASRR)).

\* يُرْجى إرسال النموذج المكتمل والسجلات المطلوبة إلى المكتب الإقليمي المحلي لإعاقات النمو الذي تتعامل معه.