



طلب الح صول على خدمات التوحد من ADMH

مقدم الطلب:

الاسم: _____
الأول _____ الأوسط _____ العائلة _____ الاسم المفضل _____

العنوان: _____
عنوان الشارع _____

المدينة _____ المقاطعة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

العنوان البريدي إذا كان مختلفاً _____

رقم الهاتف: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____

رقم الضمان الاجتماعي: ____/____/____ رقم Medicaid: _____

التأمين الخاص: _____ (إن كان ذلك منطبقاً)
اسم الشركة _____ رقم البوليصة _____ رقم معرف المجموعة _____

الأصل/العرق: _____ الجنس: _____ الحالة الاجتماعية: _____ مكان الميلاد: _____

جهة الاتصال الأساسية:

الاسم: _____

العنوان: _____
عنوان الشارع _____

المدينة _____ المقاطعة _____ الولاية _____

صلة القرابة بمقدم الطلب: _____ رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

انظر صفحة 4 للتعرف على الوثائق المطلوبة.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال متطلبات الطلب والتوثيق، فيمكنك تحديد المربع الأول التالي أو الاتصال بالرقم 800-499-1816 أو إرسال بريد إلكتروني إلى autism.dmh@mh.alabama.gov.

في حال طلب المساعدة، فسيصل بك أخصائي تلقي طلبات حالات التوحد.

أود المساعدة في استكمال الطلب و/أو جمع الوثائق المطلوبة. (في حال طلب المساعدة، فسيصل بك أخصائي تلقي طلبات حالات التوحد. هذه الصفحة فقط هي المطلوبة.)

لا أريد الحصول على مساعدة في استكمال الطلب و/أو جمع الوثائق المطلوبة. (يرجى مواصلة إكمال الطلب.)



طلب الحصول على خدمات التوحد من ADMH

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا الطلب، يرجى التواصل مع أخصائي تلقي طلبات حالات التوحد على البريد الإلكتروني autism.dmh@mh.alabama.gov أو الاتصال بالرقم 800-499-1816 للحصول على مساعدة.

اسم الوصي القانوني إذا كان ذلك منطبقاً: _____
العنوان: _____
عنوان الشارع

المدينة _____ المقاطعة _____ الولاية _____

صلة القرابة بمقدم الطلب: _____ رقم الهاتف: _____
البريد الإلكتروني: _____

جهة الاتصال في حالة الطوارئ:

الاسم: _____
صلة القرابة بمقدم الطلب: _____ رقم الهاتف: _____

مصدر الإحالة:

الاسم: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

معلومات إضافية:

اللغة الأساسية كتابة/شفهياً: _____ المترجم الفوري مطلوب: _____
معدات التكيف المطلوبة: _____ احتياجات التنقل: _____ ضعف السمع: _____
ضعف البصر: _____ الحساسية: _____
التشخيصات الأولية/النشطة (يلزم تقديم الوثائق): _____
تشخيص الإعاقة الذهنية/إعاقات النمو (يلزم تقديم الوثائق): _____
الإقامة داخل المستشفى/الإقامة في مرفق خارج المنزل (يلزم تقديم وثائق الدخول/الخروج): _____

معلومات طبية أخرى: _____

الطبيب/الأطباء: _____

ضع علامة (✓) على جميع الخدمات التي يتلقاها مقدم الطلب حالياً (يلزم تقديم الوثائق):

التدخل المبكر _____ علاج النطق/اللغة _____ العلاج المهني _____
العلاج الطبيعي _____ دعم السلوك _____ التنازل _____
إدارة الحالات _____ غير ذلك _____

ضع علامة (✓) على جميع الخدمات التي يتلقاها مقدم الطلب أو تلقاها خلال الأشهر الستة (6) الماضية من أي وكالة أخرى (يلزم تقديم الوثائق):

Department of Human Resources (DHR) _____

Department of Youth Services (DYS) _____

Alabama Department of Rehabilitation Services (ADRS) _____

Department of Mental Health (DMH) _____

Alabama State Department of Education/Special Education (ALSDE) IEP or 504 _____

في حال الحاجة إلى معلومات إضافية، سيتواصل معك أخصائي تلقي طلبات حالات التوحد لطلب معلومات إضافية. بمجرد استلام حزمة الطلب المكتملة والوثائق الداعمة، سيتصل أخصائي تحديد أهلية التوحد بك و/أو بأسرتك لتحديد موعد للتقييم والفحص.

متطلبات الخدمة: في حال اعتبارك مؤهل، فقد تكون الخدمات التالية متاحة من خلال خدمات التوحد من ADMH.

تنسيق العناية المركزة
دعم السلوك
العلاج داخل المنزل
التوجيه العلاجي
دعم الأقران-الشباب
دعم الأقران-الأسرة
الخدمات النفسية التربوية

اكتمل بواسطة:

الاسم: _____ التاريخ: _____

رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

صلة القرابة: _____ مقدم الطلب _____ ولي الأمر _____ الوصي _____ غير ذلك: _____

*بتقديم هذا النموذج، أقر بأنني أرغب في التقدم بطلب للحصول على خدمات التوحد من ADMH نيابةً عني أو عن طفلي. بالتوقيع على هذا النموذج، أمتح موافقتي لمراجعة الأهلية والتقييم والإحالة إلى مقدم خدمات تنسيق العناية المركزة.

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____

توقيع العميل إذا كان يبلغ 14 عاماً أو أكبر _____ التاريخ _____

المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا الطلب محمية بقواعد الخصوصية الفيدرالية.

متطلبات الوثائق

يجب إرسال الوثائق التالية مع طلب الحصول على خدمات التوحد من DMH. تحقق من كل خطوة بمجرد اكتمالها. يمكنك أيضًا تلقي المساعدة في عملية تقديم الطلب من خلال تحديد المربع الأول في صفحة 1 من الطلب أو عن طريق الاتصال بالرقم 800-499-1816 أو إرسال بريد إلكتروني إلى autism.dmh@mh.alabama.gov.

الوثائق المطلوبة	
1.	إكمال طلب الحصول على خدمات التوحد من ADMH
2.	إرسال نسخ من الوثائق التالية مع الطلب:
a.	تقييم اضطراب طيف التوحد (التقييم النفسي، اختبار المهارات التكيفية، تقرير التشخيص، أداة تشخيص التوحد لمقدمي الرعاية الصحية)
b.	التاريخ الطبي الشامل وآخر فحص للزيارات البدنية/الصحية
c.	نسخة من بطاقة Medicaid
d.	نسخة من وثائق الوصاية أو الحضانة إن وجدت (DHR، حكم المحكمة بالطلاق، وثائق الوصاية، وما إلى ذلك).
e.	التفويض بالإفصاح عن المعلومات (يتطلب التوقيع) إذا كنت تريد منا أن نطلب/نكشف عن السجلات و/أو المعلومات من هيئة معينة
f.	إشعار الخصوصية (يتطلب التوقيع)
الوثائق الاختيارية	
g.	نسخة من التقارير التي تصف الإعاقة والتي استوفتها المدارس أو وكالات الخدمات الأخرى (على سبيل المثال، IEP، وIFSP، وخطة 504، وتقرير النطق/اللغة وما إلى ذلك).
h.	نسخة من التقارير التي توثق مشاركة الوكالات التي تخدم الأطفال مثل DHR وDYS وADRS وما إلى ذلك.
i.	نسخة من ملخص الخروج من المستشفى/مرفق الإقامة إن أمكن
j.	نسخة من بطاقة الضمان الاجتماعي
k.	نسخة من بطاقة التأمين الخاص إن أمكن
يمكنك إعادة الطلب والمستندات المطلوبة إلى: autism.dmh@mh.alabama.gov أو ADMH Autism Services 100 North Union Street Suite 350, Montgomery, AL 36130-1410	

بمجرد الإقرار باستلام جميع الوثائق اللازمة، سيتصل بك أخصائي تحديد الأهلية لتحديد موعد للتقييم والفحص.

يرجى إعادة هذا الطلب وجميع الوثائق الداعمة إلى:

autism.dmh@mh.alabama.gov

أو

ADMH Autism Services
100 North Union Street, Suite 350
صندوق بريد رقم 301410
Montgomery, AL 36130

المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا الطلب محمية بقواعد الخصوصية الفيدرالية.