Oregon Department of Human Services
OFFICE OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES

個人申請例外情況或資金審查

日期：_____

個人姓名：_____ 出生日期：_____

個人地址：_____

代表人姓名（可選）：_____

聯絡人電話號碼：_____

聯絡人電郵地址（選填）：_____

社區發展障礙計劃(CDDP)或經紀：

_____

服務協調員或個人代理人姓名：_____

描述您的申請（如果需要，請附上其他頁面和文件）：

將填妥的表格透過電郵發送至 odds.fundingreview@odhsoha.oregon.gov 或郵寄至：

ODHS-ODDS
Attn: Exceptions Coordinator
500 Summer St. NE #E09
Salem, OR 97301.

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。聯絡發育障礙服務辦公室(ODDS)：odds.questions@odhsoha.oregon.gov 或 503-945-5811（語音）。我們接受所有轉駁電話。

100-477152 (02/2024) TRADITIONAL CHINESE