

الطلب الفردي لمراجعة
الاستثناء أو التمويل



التاريخ: _____
اسم الفرد: _____ تاريخ الميلاد: _____
عنوان الفرد: _____
اسم الممثل (اختياري): _____
رقم هاتف جهة الاتصال: _____
عنوان البريد الإلكتروني لجهة الاتصال (اختياري): _____
برنامج إعاقات النمو المجتمعي (CDDP) أو جهة الوساطة: _____
اسم منسق الخدمة أو الوكيل الشخصي: _____
وصف الطلب (يُرجى إرفاق صفحات ومستندات إضافية إذا لزم الأمر): _____

أرسل النموذج المُكتمل عبر البريد الإلكتروني إلى العنوان odds.fundingreview@odhsoha.oregon.gov أو إلى العنوان البريدي التالي:

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

يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجاناً. يمكنك الاتصال بمكتب خدمات الأشخاص ذوي إعاقات النمو عن طريق البريد الإلكتروني odds.questions@odhsoha.oregon.gov أو عن طريق الاتصال على الرقم 503-945-5811 (مكالمات صوتية).
نقبل جميع مكالمات الترديل.