

日期： _____

个人姓名： _____ 出生日期： _____

个人地址： _____

代表姓名（可选）： _____

联系电话号码： _____

联系电子邮件地址（非必填）： _____

社区发展障碍项目 (CDDP) 或中介：

服务协调员或个人代理姓名： _____

描述您的申请（如需要，请附上更多页和文件）：

将您填写好的表格发送电子邮件至 odds.fundingreview@odhsoha.oregon.gov 或邮寄至：

ODHS-ODDS

收件人： Exceptions Coordinator

500 Summer St. NE #E09

Salem, OR 97301.

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。请通过
odds.questions@odhsoha.oregon.gov 或 503-945-5811 (语音) 联系发展障碍服务办公室。
我们接受所有中继电话。