

## Solicitud individual de excepción o revisión de financiación

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona: \_\_\_\_\_

Nombre del representante (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la persona de contacto (opcional): \_\_\_\_\_

Programa comunitario para personas con discapacidades del desarrollo (Community developmental disabilities program, CDDP) o agencia de servicios:

Nombre del coordinador de servicios o agente personal: \_\_\_\_\_

Describa su solicitud (adjunte páginas y documentos adicionales, si es necesario):

Envíe el formulario completo por correo electrónico a [odds.fundingreview@odhsoha.oregon.gov](mailto:odds.fundingreview@odhsoha.oregon.gov) o por correo postal a la siguiente dirección:

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

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Para comunicarse con la Programa para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (Office of Developmental Disabilities Services, ODDS), envíe un correo electrónico a [odds.questions@odhsoha.oregon.gov](mailto:odds.questions@odhsoha.oregon.gov) o llame al 503-945-5811 (mensajes de voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.