Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

四(4)歲兒童資格期滿通知書

NOTIFICATION OF AGE FOUR (4) ELIGIBILITY EXPIRATION

日期：_____

致：　　發自：

請在此處折疊，並使地址能在地址窗顯露。

事關：**四(4)歲兒童資格期滿通知書**

您孩子獲得服務的資格將於其四(4)歲生日當天期滿。為了保持獲得發展殘障服務處服務的資格，您必須於您孩子四(4)歲生日之前重新申請。您的孩子必須接受資格覆審，以確定其是否因患有下列症狀之一而符合資格：發展遲緩、智力低下綜合症、加護醫療服務計畫，或者「因病情過重而無法評測」。

我們已隨函附上「必須提交的證明文件」表單，向您說明進行重新審定都需要哪些手續。

要辦妥資格審定手續：

- 完整填寫並簽署隨附的「資格審定請求書」及「同意書」。
- 倘若您想請本處派人去取這些必要的資料，請務必包括所有服務提供者的姓名、地址和電話號碼。
- 請用隨附的寫有地址的回郵信封將這兩份表格寄回給本處。

請儘快回覆。如果本處得不到您的回覆，我們將假定您不願意繼續保持獲得發展殘障服務處服務的資格。如果於您的孩子年滿四(4)歲之前，您沒有向發展殘障服務處提交必要的證明文件，以證實您的孩子患有符合資格的病症，您孩子的資格及本處提供的服務均將在其四(4)歲生日當天終止。

如果您有任何疑問，請打電話給_____電話號碼是_____

也可從網上獲取相關資料，以便瞭解州府就資格條件所制定的條例，網址是http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml。

此致

_____　_____　_____
姓名　電話號碼　電子郵址

副本送交：當事人檔案
法定代表
個案當事人檔案

隨附件：「必須提交的證明文件」表單
同意書
發展殘障服務處資格審定請求書
保護隱私權通知書
說明冊

用於五(5)歲或這一年齡以下兒童資格審定之必要證據	
症	發展程度評測結果
智力低下綜合症	診斷
因病情過重而無法評測	醫師或心裡學家之診斷
重症加護醫療	符合資格獲得由發展殘障服務處提供的重症加護醫療居家服務計畫之服務