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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

사(4)세 아동의 수혜자격 만기 통지서

NOTIFICATION OF AGE FOUR (4) ELIGIBILITY EXPIRATION

날짜: _____

수신: 발신:

접는 곳: 창문봉투용.

제목: **사(4)세 아동의 수혜자격 만기 통지서**

귀댁 자녀의 수혜자격은 자녀의 네(4)번째 생일날에 만기됩니다. DDD 서비스를 계속해서 받으려면 아이의 네(4) 번째 생일 전에 서비스를 다시 신청해야만 합니다. 자녀의 수혜자격을 위해 아이의 건강상태(발달지연, 다운 증후군, 의료집중 프로그램 혹은 "평가하기에 너무 심한 건강상태" 중 하나에 해당)가 다시 결정되어야만 합니다.

이 수혜자격 재결정에 필요한 사항을 알려드리기 위해 필요한 제출 증거자료 도표를 이 서신에 첨부하였습니다.

다음은 수혜자격 재검토에 필요한 사항입니다.

- 동봉한 수혜자격 결정 신청 및 동의서(Request for Eligibility Determination and Consent forms)를 완성하신 후 서명하여 주십시오.
- DDD 로 하여금 요청 정보를 보내주시기를 원하시면 모든 관련 의료진의 이름, 주소, 전화번호를 제공해 주시기 바랍니다.
- 수신인 주소가 적혀져 있는 동봉 봉투에 두가지의 서류를 넣어 우편으로 보내주십시오.

신속한 회신을 부탁 드립니다. 회신을 해 주지 않으시면 자녀에 대한 DDD 서비스를 원치 않는 것으로 간주할 것입니다. 수혜자격 결정에 필요한 적정 건강상태 서류를 아이가 사(4)세가 되기 전에 제출하지 않으시면 자녀의 수혜자격과 현재 받고 있는 모든 서비스는 자녀의 네(4)번째 생일날에 종결됩니다.

질문이 있으시면 _____, _____(으)로 전화하십시오.

주정부 수혜자격 규정 사본은 요청하시거나 http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml에서 입수할 수 있습니다.

이상입니다.

이름	전화번호	이메일 주소

사본발송: 혜자
적 대리인
혜자 파일

동봉서류: 수혜자격 결정에 필요한 제출 증거자료 차트(Required Documentation Table)
동의서(Consent Form)
DDD 수혜자격 결정 신청서(Request For DDD Eligibility Determination)
개인정보(사생활)보호 관행(Notice of Privacy Practices)
팜플렛

오(5)세 미만의 아동을 위한 수혜자격 결정에 필요한 제출 증거자료 차트	
발달지연	발달 평가서
다운 증후군	진단서
평가하기에 너무 심각함	의사 혹은 심리학자의 진단서
의료 집중	DDD 의료집중 홈케어 프로그램(Medically Intensive Home Care Program)에 대한 자격여부 결정서