DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИСТЕЧЕНИИ ПРАВ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЕХ (4) ЛЕТ

NOTIFICATION OF AGE FOUR (4) ELIGIBILITY EXPIRATION

ДАТА: _____

КОМУ: ОТ:

ЛИНИЯ СГИБА ДЛЯ КОНВЕРТА С ПРОЗРАЧНЫМ ОКНОМ.

ОТНОСИТЕЛЬНО: **УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИСТЕЧЕНИИ ПРАВ НА ОБСЛУЖИВАНИЕ В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЕХ (4) ЛЕТ**

Право вашего ребенка на получение обслуживания истечет, когда ему исполнится четыре (4) года. Чтобы сохранить право на получение услуг отдела DDD, вы должны повторно подать заявление до наступления четвертого (4-го) дня рождения вашего ребенка. Ваш ребенок должен пройти повторную оценку на соответствие требованиям в связи с наличием одного из следующих нарушений здоровья: задержка психического развития, синдром Дауна, интенсивная медицинская программа или «слишком тяжелое состояние для оценки».

Вместе с данным письмом мы высылаем вам *Перечень необходимых документов*, ознакомившись с которым, вы узнаете о том, что требуется для прохождения указанной выше повторной оценки.

Для того чтобы пройти пересмотр:

- Заполните и подпишите прилагаемые формы *Заявления на проведение оценки соответствия требованиям* и *Согласия*.
- Если вы хотите, чтобы запросы на предоставление необходимой информации направлялись непосредственно отделом DDD, укажите имена, адреса и номера телефонов всех поставщиков услуг.
- Вышлите обе заполненные формы в отдел DDD в прилагаемом конверте с адресом.

Пожалуйста, ответьте как можно скорее. Если мы не получим вашего ответа, мы будем считать, что вы не хотите продлевать право вашего ребенка на получение услуг отдела DDD. В случае отсутствия необходимых документов, подтверждающих нарушение здоровья, которое дает право на обслуживание, по состоянию на четвертый (4-й) день рождения вашего ребенка, его право на получение помощи и услуг отдела DDD истекут после исполнения ему/ей четырех (4) лет.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь, пожалуйста, с _____ по телефону _____.

Экземпляр положений штата, регулирующих наличие права на получение обслуживания, можно получить по запросу или на веб-сайте по адресу http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml .

С уважением,

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	АДРЕС EMAIL

Копия: В дело клиента
Законный представитель
В дело клиента

Приложение: Перечень необходимых документов
Форма согласия
Заявление на проведение оценки соответствия требованиям на получение услуг отдела DDD
Уведомление о правилах обеспечения конфиденциальности
Брошюры

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАЛИЧИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ПЯТИ (5) ЛЕТ ИЛИ МЛАДШЕ	
Задержка развития	Оценка развития
Синдром Дауна	Диагноз
Слишком тяжелое состояние для оценки	Диагноз врача или психолога
Интенсивное медицинское лечение	Соответствие требованиям на получение услуг отдела DDD по программе интенсивного медицинского ухода на дому