DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

AVISO SOBRE LA CADUCIDAD DE LA ELEGIBILIDAD A LOS CUATRO (4) AÑOS DE EDAD

NOTIFICATION OF AGE FOUR (4) ELIGIBILITY EXPIRATION

FECHA: _____

PARA: DE:

DOBLAR AQUÍ PARA SOBRES CON VENTANA.

CON RELACIÓN A: **AVISO SOBRE LA CADUCIDAD DE LA ELEGIBILIDAD A LOS CUATRO (4) AÑOS DE EDAD**

La elegibilidad de su hijo caducará cuando cumpla los cuatro (4) años de edad. Para continuar siendo elegible para los servicios de DDD, tendrá que volver a solicitar los servicios antes de que su hijo cumpla los cuatro (4) años. Tendremos que determinar nuevamente que su hijo es elegible debido a una de las siguientes condiciones: Retrasos al desarrollo, síndrome de Down, participa en un programa médicamente intensivo o padece una "condición muy grave para evaluarse".

Se adjunta la *Tabla de Documentación Requerida* para hacerle saber lo que se necesita para esta nueva determinación.

Para completar la revisión:

- Complete y firme los formularios adjuntos de *consentimiento* y la *Solicitud para la determinación de elegibilidad*.
- Si desea que DDD solicite la información requerida, indique los nombres, direcciones y números telefónicos de todos los proveedores.
- Envíe ambos formularios en el sobre adjunto con la dirección preimpresa.

Tenga la bondad de responder lo antes posible. Si no se comunica con nosotros, asumiremos que no desea continuar la elegibilidad de su hijo para DDD. Sin la documentación correspondiente de una condición elegible antes de los cuatro (4) años de edad, la elegibilidad de su hijo y los servicios que reciba de DDD caducarán cuando su hijo cumpla los cuatro (4) años de edad.

Si tiene alguna pregunta, llame a _____ al _____

A solicitud del interesado se proporcionan copias de las leyes estatales que rigen los requisitos de elegibilidad o se puede consultar el sitio en la red http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml.

Cordialmente,

NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	CORREO ELECTRÓNICO

cc: Expediente del cliente
Representante legal
Expediente del cliente

Adjuntos: Cuadro de documentación requerida
Formulario de consentimiento
Solicitud para la determinación de elegibilidad a DDD
Aviso de prácticas de confidencialidad
Folletos

COMPROBANTES QUE SE REQUIEREN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DE PERSONAS DE CINCO (5) AÑOS DE EDAD O MENORES	
Retrasos al desarrollo	Evaluación de desarrollo
Síndrome de Down	Diagnóstico
Condición muy grave para evaluar	Diagnóstico del médico o psicólogo
Médicamente intensivo	Elegibilidad para los servicios del Programa Médicamente Intensivo de Atención en el Hogar conforme DDD