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

DDD 수혜자격 결정 신청 취하 통지서
NOTICE OF WITHDRAWAL OF DDD ELIGIBILITY DETERMINATION REQUEST

수혜자의 이름과 주소:

법적 대리인:

귀하

요청하신 DDD 수혜자격 신청 결정건이 취하되었음을 알려드리기 위해 본 서신을 보냅니다.

☐ 귀하의 서명이 들어 있는 DDD 수혜자격 결정서(Eligibility Determination form), DSHS 14-151 서식이 90일이 지난 지금까지 아직 접수되지 않았습니다.

☐ 귀하는 수혜자격 결정 없이 귀하의 신청서를 취하해 달라고 요청하셨습니다.

질문이 있으시면 _____에 _____(으)로 연락하시기 바랍니다.

이상입니다.

_____	_____	_____
이름	전화번호(지역번호 포함)	이메일 주소

사본: 수혜자 파일