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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

AVISO DE INFORMACIÓN INSUFICIENTE

NOTICE OF INSUFFICIENT INFORMATION

NOMBRE Y DOMICILIO DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Estimado/a :

DDD recibió su “Solicitud para la determinación de elegibilidad para DDD” el .

Hasta la fecha, DDD no ha recibido la información solicitada por parte de:

Si desea, puede hacer un seguimiento con esta persona/agencia para garantizar que se envíe dicha información a DDD dentro de los próximos treinta (30) días debido a que, en dicho momento, se tomará una determinación en cuanto a la elegibilidad sobre la base de la información que se haya recibido.

En caso de que exista una demora en nuestra recepción de la mencionada información o si existen otras fuentes de información que no se incluyeron en la solicitud original, sírvase contactarse conmigo.

Atentamente,

NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO