DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

AVISO SOBRE LA ACCIÓN PLANIFICADA
EVALUACIÓN PEQUEÑA

PLANNED ACTION NOTICE
MINI-ASSESSMENT

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Su Evaluación pequeña de DDD se realizó el _____

RESULTADO

Su evaluación pequeña lo asignó al siguiente grupo:

- ☐ Nivel Alto de Necesidad
- ☐ Nivel Moderado de Necesidad
- ☐ Nivel Bajo de Necesidad

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS?

Su Administrador de Caso/Recursos realizará lo siguiente:

- ☐ Derivarlo a una Evaluación completa.
- ☐ Derivarlo a la Base de Datos de Derivación para una Evaluación completa.
- ☐ Derivarlo a una revisión adicional debido a que se identificaron
  - ☐ Necesidades de protección comunitaria.
  - ☐ Riesgos de colocación en un entorno más restrictivo.
- ☐ Ofrecerle información y servicios de derivación.

SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene noventa (90) días desde que reciba el presente aviso para apelar esta decisión.

- Conforme WAC 388-824-0320 usted tiene el derecho de apelar si no está de acuerdo con la información ingresada en la Evaluación pequeña o si DDD niega su solicitud para una re-evaluación.
- Usted no tiene derechos de apelación en cuanto al algoritmo que determina su nivel de necesidad.

¿TIENE PREGUNTAS?

Si sus necesidades cambian o si tiene preguntas acerca de su Evaluación pequeña o sus derechos de apelación, comuníquese con

_____ al _____

ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSOS — NÚMERO TELEFÓNICO

Washington State Department of Social & Health Services

AVISO SOBRE LA ACCIÓN PLANIFICADA EVALUACIÓN PEQUEÑA DE DDD SOLICITUD DE AUDIENCIA

conforme el Capítulo 388-02 de los reglamentos de audiencias de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY ☐ **Oral request taken by:**	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ENVÍE POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia porque estoy en desacuerdo con el siguiente resultado de nivel de necesidad de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) ☐ **NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES**	

Fui notificado sobre la decisión el: _____ por: _____
FECHA — NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible: ☐ Sí ☐ No Programa: _____

Soy representado por (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las próximas dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	CIUDAD / ESTADO	CÓDIGO POSTAL

☐ **Autorizo la cesión de la información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA

¿Necesita un intérprete o alguna otra asistencia o arreglo para la audiencia? ☐ **Sí** ☐ **No**

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los Jueces de Ley Administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias vía telefónica. Si desea cambiar a una audiencia en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le enviará por correo la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).