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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

個案當事人/申請人之姓名與地址

代表之姓名與地址

收件人：

請在此處折疊，並使地址能在地址窗顯露。

尊敬的_____：

發展殘障服務處(DDD)已作出如下決定：為進行資格審定或資格覆審，須填寫一份適應技能評估表，即個案當事人與服務機構服務資格評估表(ICAP)。

現將下列文件寄送給您，以便您瞭解相關個案當事人與服務機構服務資格評估表(ICAP)的規定要求及評估程序。

- 華盛頓州行政法規第388-823-0900至0940條規定
- 實施指南：相關如何完成個案當事人與服務機構服務資格評估表(ICAP)/獨立行為計數法-修訂版(SIB-R)適應行為評測
- 知情同意書：相關個案當事人與服務機構服務資格評估表之實施（社會福利服務部第10-329條規定）

請打電話與我約定面談時間，電話號碼是_____。您需要帶一位與您相識的人一同參加面談；您與此人每天見面且至少已有三(3)個月時間。**如果**於_____之前**本人未得到您的回覆**，我們將根據現有資訊來決定您是否符合資格。

現有州府關於資格條件之條例（華盛頓州行政法規第388-823條規定）的完整資料備索；也可從網上獲取這一資料，網址是http://www1dshs.wa.gov/ddd/index.shtml。

我希望得到您的回覆。

此致

發展殘障服務處個案/資源管理員

隨附件

副本抄送：法定監護人/代表