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

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

Powiadomienie o wygaśnięciu kwalifikacji z osiągnięciem czterech lat (4)

Notification of Age Four (4) Eligibility Expiration

IMIĘ, NAZWISKO I ADDRES KLIENTA

IMIĘ, NAZWISKO I ADRES PRZEDSTAWICIELA

Dotyczy: **POWIADOMIENIA O WYGAŚNIĘCIU KWALIFIKACJI Z OSIĄGNIĘCIEM CZTERECH LAT (4)**

Kwalifikacje Państwa dziecka wygasną w dniu jego/jej czwartych (4) urodzin. Aby w dalszym ciągu kwalifikować się do świadczeń DDD, musi Pan(i) ponownie złożyć wniosek przed czwartymi (4) urodzinami swego dziecka. Państwa dziecko musi ponownie podejść do kwalifikacji z powodu jednego z następujących schorzeń: opóźnienia w rozwoju, Zespołu Downa, Intensywnego Programu Medycznego lub „ stanu zbyt ciężkiego do określenia".

W załączeniu przesyłamy *Tabelę wymaganych dokumentów,* aby powiadomić Państwa, co jest konieczne do podjęcia powtórnej decyzji.

Aby wypełnić dokumenty do przeglądu:

- Proszę wypełnić i podpisać załączony formularz *Prośba o określenie kwalifikacji* i formularze *Zgody*.
- Jeżeli chce Pan(i), aby DDD wysłało Panu(i) żądane informacje, proszę uwzględnić imiona, nazwiska, adresy i numery telefonów do wszystkich dostawców usług medycznych.
- Proszę zwrócić obydwa formularze w załączonej kopercie zwrotnej.

Prosimy jak najszybciej o Panstwa odpowiedź. Jeżeli nie uzyskamy od Państwa odpowiedzi, założymy że nie chcą Państwo kontynuować kwalifikacji swego dziecka w DDD. Bez odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej stan zdrowia dziecka do kwalifikacji do czwartego roku życia (4), kwalifikacje Państwa dziecka oraz świadczenia DDD wygasną w dniu jego/jej czwartych (4) urodzin.

W przypadku dowolnych pytań, prosimy o kontakt

IMIĘ I NAZWISKO	NUMER TELEFONU	ADRES E-MAIL

Kopia praw stanowych, zarządzających kwalifikacjami jest dostępna na prośbę lub w sieci pod adresem http://www1.dshs.wa.gov/ddd/index.shtml

Załączniki: Wymagana dokumentacja
Formularz zgody (14-012)
Prośba dla DDD o określenie kwalifikacji
Powiadomienie o zasadach zachowania prywatności
Broszurka DSHS 22-722

Kopie: Teczka klienta
Przedstawiciel prawny

DOWODY WYMAGANE DO OKREŚLENIA DLA OSÓB W WIEKU LAT PIĘCIU (5) I PONIŻEJ	
Opóźnienie w rozwoju	Oszacowanie rozwoju
Zespół Downa	Diagnoza
Stan zbyt ciężki do określenia	Diagnoza lekarza lub psychologa
Medycznie Intensywny	Kwalifikacje do Programu Intensywnej Domowej Opieki Medycznej oferowanego przez DDD

Instructions For Notification of Age Four (4) Eligibility Expiration

When do I use this form?

Intake/Eligibility (IE) staff sends out this form to the client and the client representative six months before the child's fourth (4th) birthday along with the specified enclosures.

How do I document that I sent this form?

Enter the date you sent the form and the form number in the client's Service Episode Record per policy 11.03.

E-mail or copy the Case Resource Manager (CRM) regarding the notice.

What if I get no response?

IE staff will follow-up by telephone with both the client and client representative if no response is received to explain the expiration and requirement for reapplication. If no reapplication is received, send out the DDD Eligibility Planned Action Notice (DSHS 14-468) per policy 11.03.