STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número del cliente:_____

Idioma: _____

Programa: _____

Usted está recibiendo asistencia en efectivo en función a su discapacidad. Revisamos su elegibilidad para el programa para Personas de Edad Avanzada, Ciegos o Discapacitados (ABD):

☐ Al menos cada 24 meses.

☐ Cuando la Administración de seguridad social (SSA), rechaza su solicitud para SSI o SSDI.

Necesitamos evidencia médica actual de sus problemas discapacitantes o sus beneficios en efectivo de ABD finalizarán de acuerdo con WAC 388-449-0150. La evidencia médica debe satisfacer los criterios definidos en WAC 388-449-0010.

Si no recibimos esta información para el _____, sus beneficios en efectivo de ABD finalizarán el _____.

Usted debe brindar la siguiente información:

☐ Pida a su proveedor médico o de salud mental que le proporcione la evidencia médica vigente. Usted o su proveedor pueden enviar notas médicas o formularios de evaluación por correo en el sobre de respuesta anexo. La Evaluación Psicológica/Psiquiátrica (formulario 13-865 de DSHS) está disponible para descarga en https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms.

Llámeme si necesita ayuda para obtener esta evidencia médica o si usted o su proveedor tienen preguntas.

_____ Teléfono: _____

ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD

Oficina de Servicios Comunitarios: _____