

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
个案当事人与服务机构计划资格评估列表(ICAP)
Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)

日期:

当事人/申请人姓名和地址

代理人姓名和地址

请在此处[折叠](#)，并使地址能在地址窗显露。

尊敬的 _____ :

发育性残疾服务管理处(DDA)已经确定，进行资格审定或重新审定时需要客户和代理机构规划库(ICAP)。ICAP是一种适应能力的评定量表，而您的记录中没有当前的适应能力测试分数。

我们将为您发送以下文件，以便讲解ICAP要求和评定流程。

- 华盛顿州修正法规第388-823-0910条至第388-823-0940条
- ICAP填写指南
- ICAP知情同意书管理处(DSHS 10-329)

请拨打 _____ 与我联系，以便约定面谈时间。您需要有一位在日常生活中与您相识至少三(3)个月的陪同人员与您一同来访。若在 _____ 前，**仍未收到您的信息**，您的资格审定结果将根据我们已经收到的信息决定。

州府关于资格条件的规章条例（华盛顿州行政法规WAC 388-823）资料也可从网上获取，网址是 <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>。

我希望得到您的回复。

顺致敬意，

姓名

电话号码

电子邮件地址

随附件

副本抄送：法定监护人/代理人