

**Комплекс критериев оценки состояния здоровья (ICAP)
Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)**

ДАТА:

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ЛИНИЯ СГИБА ДЛЯ КОНВЕРТА С ОКОШКОМ.

Уважаемый (-ая) _____ :

Администрацией по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (Developmental Disabilities Administration, DDA) было принято решение о проведении теста ICAP для определения (повторного определения) права принадлежности к категории лиц, курируемых Администрацией. Тест ICAP — это рейтинговая шкала оценки адаптивных способностей, при этом в записях о вас отсутствуют результаты теста адаптивных способностей.

Вам отправлены следующие документы, объясняющие основные критерии оценки состояния здоровья с помощью теста ICAP и объяснения процедуры оценки состояния здоровья.

- WAC 388-823-0910 - 388-823-0940
- Инструкции к прохождению теста ICAP
- Информированное согласие для проведения теста ICAP (DSHS 10-329)

Пожалуйста, позвоните мне по телефону _____, чтобы договориться о встрече. С вами должен быть кто-либо, кто имел возможность повседневного общения с вами на протяжении, по меньшей мере, трех (3) месяцев. **Если вы не ответите** до _____, то решение о вашей принадлежности к категории лиц, курируемых DDA, будет принято на основании предоставленной нам информации.

Экземпляр нормативных документов штата, регулирующих предоставление услуг целевого ведомства (WAC 388-823), можно получить по запросу либо на веб-сайте по адресу: <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.

Жду вашего ответа.

С уважением,

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Приложения

копии: Законному опекуну/представителю