

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Inventario para la Planificación del Cliente y la Agencia (ICAP)
Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)

FECHA:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CLIENTE / SOLICITANTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE

DOBLE AQUÍ PARA SOBRE CON VENTANA.

Estimado(a) _____ :

La Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) ha determinado que se requiere un Inventario para la Planificación del Cliente y la Agencia (ICAP) para realizar una determinación o re-determinación de elegibilidad. El ICAP es una escala de valoración de las habilidades de adaptación, y actualmente no hay una puntuación de pruebas adaptativas en su expediente.

Se le envían los siguientes documentos para explicarle los requisitos y el procedimiento de evaluación del ICAP.

- WAC de 388-823-0910 a 388-823-0940
- Instrucciones de llenado del ICAP
- Consentimiento Informado por la Administración del ICAP (DSHS 10-329)

Por favor llámeme al _____ para programar una cita. Usted necesitará a alguien a quien conozca al menos por tres (3) meses, de una manera cotidiana. **Si no tengo noticias de usted** para el _____, la decisión sobre su elegibilidad se basará en la información que hayamos recibido.

Puede solicitar una copia completa de las reglas estatales que rigen la elegibilidad (WAC 388-823) o consultarlas en línea en <https://www.dshs.wa.gov/dda/consumers-and-families/eligibility>.

Espero tener noticias tuyas.

Atentamente,

NOMBRE

NÚMERO TELEFÓNICO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Anexos

cc: Representante/Tutor Legal