|  |  |
| --- | --- |
| **State_Seal3**  STATE OF WASHINGTON  DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES  Office Mailing Address City State Zip Code  Date | |
| Name and Mailing Address |  |
| |  | | --- | | Estimado(a) First Name:  Gracias por solicitar su participación en el Programa de Cuidado Tutelar Extendido (EFC, por sus siglas inglés) el      . Su solicitud para participar en el programa EFC fue denegada el       por la(s) siguiente(s) razón(es):  Usted no estaba en dependencia en su cumpleaños 18.  Usted cumplió 21 años de edad o más antes del 27 de enero de 2020.  La fecha es 30 de septiembre de 2021 o posterior y usted ha cumplido 21 años de edad o más.  Si cree que hemos rechazado su solicitud por error, debe presentar a su Tribunal Superior local una notificación de intención para presentar una petición de dependencia dentro de un plazo de 30 días y solicitar establecer una acción de dependencia del no menor. También puede solicitar que se nombre un abogado para representarlo en caso de petición de dependencia.  Atentamente,  Case Worker's Name, Title  Departamento de Niños, Jóvenes y Familias  555-555-5555  cc: Archivo del caso | | |