STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

የደምበኛ መታወቂያ፥

ፕሮግራም፥:

የሕክምና ማረጋገጫ ፎርም ለ _____ አልተቀበልኩም፣ ይህም በ _____ ቀን እንዲሆን የተወሰነው፣ በ _____ ተሳታፊነት የሚያሳይ ነው።

በሚቀርበው እንክብካቤ/አገልግሎቶች፣ ሳይሳተፉ ቢቀሩ ወይም ደግሞ የተሰጠውን መመርያ ካልተከተሉ፣ እንደገና በድጋሜ እስከሚያመለክቱ ድረስ እንዲሁም ለመተባበር ፍቃደኛነትዎን እስከሚገልጹ ድረስ፣ ያገኙት የነበሩ አጠቃላይ እርዳታ ይቋረጣል። እንደገና በሚያመለክቱበት ጊዜ እርዳታው ለተወሰነ ጊዜ ሊጉላላ ይችላል።

እባክዎ፣ የምርመራ ማረጋገጫ ፎርሙን ከ፣ _____ በማያልፍ ጊዜ ይላኩልኝ። እንዲሁም ማንኛውም ዓይነት ጥያቄ ካልዎት እባክዎን ይደውሉልኝ።

ከምስጋና ጋር፣

_____

ሶሻል ሠራተኛ

_____

የኮሚኒቲ አገልግሎቶች ቢሮ

ስልክ ቁጥር፥ _____