STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Клиент ID:

Програма:

Не съм получил Вашият формуляр за потвърждение на лечение за _____, който се очакваше_____, за да покаже участие в _____.

Участието в лечението/ услугите е условие от правата, които имате и неучастието Ви докрай, може да доведе до прекратяване на Вашето основно подпомагане, докато кандидатствате отново и се съгласите да съдействате. При повторно кандидатстване, е възможно също временно да загубите правата си.

Моля, изпратете ми Вашият формуляр за потвърждение на лечение не по-късно от _____.

Моля, свържете се с мен в случай, че имате въпроси.

С уважение,

_____
Социален работник

_____
Служба за обществени услуги

Телефонен Номер: _____