STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ ID:

ໂຄງການ:

ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຮັບໃບຟອມຫລັກຖານຂອງການປິ່ນປົວຂອງທ່ານສຳລັບ _____, ຊຶ່ງຕ້ອງຖືກສົ່ງເຂົ້າມາໃນ _____, ທີ່ຈະສະແດງໃຫ້ເຫັນການເຂົ້າຮ່ວມໃນ _____.

ການເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວ/ການບໍລິການແມ່ນເງື່ອນไขของสิดทิรับการช่วยเหลือของท่านและความผิดพาดที่จะปะติบัดตามโดยตลอดจะเป็นผินสะท้อนเถิงการตัดการช่วยเหลือที่ว่ไปของท่านจินกว่าท่านจะขอเอิาใหม่และติกลิงยินยอมที่จะร่วมมืนำ.เมื่อเวลาขอเอิาใหม่,ท่านยังจะมิระยะเวลาที่บ่มีสิดได้รับอีก.

ກະຣຸນາສົ່ງໃບຟອມຫລັກຖານຂອງການປິ່ນປົວຂອງທ່ານມາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ການ _____.ກະຣຸນາໂທຣະສັບມາຫາຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຫາກว่าท่านมิคำถามแนวใด.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

_____
ພະນັກງານສັງຄົມ

_____
ຫ້ອງການບໍລິການອຸມນຸມອິນ

ເລກໂທຣະສັບ:_____