STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

الرجاء إدخال الرقم الخاص بـ من أجل

رقم العميل:

اللغة:

البرنامج:

حتى تظل مؤهلاً للحصول على مساعدة، يتوقع منك أن تبذل بعض الجهد لتقليل حاجتك للمساعدة من خلال الاشتراك في _____.

قد ينتج عن عدم القيام بذلك إنهاء "المساعدة العامة" الخاصة بك حتى تقوم بتقديم طلب مرة أخرى وإبداء الموافقة على التعاون. عند تقديم طلب مرة أخرى، قد تخضع لفترة عدم أهلية حسب عدم تعاونك مع الخدمات/العلاج المتوافر الذي وصينا به.

الرجاء إكمال هذه النموذج من قبل موفر الخدمات/العلاج الخاص بك. تقع مسؤولية إعادة هذا النموذج إلى الإدارة مرة أخرى على عاتقك وذلك في اليوم الخامس من الشهر التالي.

تعاد إلى: الهاتف:

الفاكس:

ينبغي على موفر الخدمات/العلاج الخاص بك إكمال الجزء التالي.

_____ تم فحصه للحصول على الخدمات/العلاج في التواريخ التالية:

_____

هل هذا العميل راضٍ عنك ؟ ☐ نعم ☐ لا

التعليقات:

_____

التوقيع التاريخ

_____

اللقب رقم الهاتف

_____

الوكالة

_____

العنوان