STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ພະແນກບໍລິການສັງຄົມສົງເຄາະແລະສຸກຂະພາບ

ກະລຸນາສົ່ງຄືນໄປພາຍໃນ ສຳລັບ

ນຳເບີຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ:

ພາສາ:

ໂຄງການ:

ເພື່ອສືບຕໍ່ຢູ່ໃນການທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ທ່ານຈະໄດ້ຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການພະຍາຍາມທີ່ຈະເຮັດສິ່ງໃດໜຶ່ງເພື່ອຈະໄດ້ລຸດຜ່ອນຄວາມຕ້ອງການໃນການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມໃນການ _____.

ຖ້າບໍ່ເຮັດຕາມດັ່ງທີ່ຮຽກຮ້ອງ ມັນອາດຈະມີຜົນເຮັດໃຫ້ມີການສິ້ນສຸດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສັງຄົມສົງເຄາະຂອງທ່ານ ຈົນກ່ວາວ່າທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຄືນ ແລະເຫັນພ້ອມທີ່ຈະຮ່ວມມືນຳ. ເມື່ອຮ້ອງຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຄືນ, ທ່ານອາດຈະຢູ່ໃນກໍລະນີຂອງໄລຍະທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ໂດຍອີງຕາມການບໍ່ຮ່ວມມືເຮັດຕາມຂອງທ່ານ ຕໍ່ກັບການແນະນຳທາງດ້ານການປິ່ນປົວ / ການບໍລິການ ທີ່ມີໃຫ້.

ກະລຸນາໃຫ້ຜູ້ທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ / ການບໍລິການ ຂອງທ່ານຂຽນປະກອບໃບຟອມນີ້. ມັນແມ່ນໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ໃຫ້ໃບຟອມນີ້ສົ່ງກັບຄືນເຖິງອັຜະເຈົ້າພາຍໃນວັນທີ 5 ຂອງເດືອນຕໍ່ມາ.

ສົ່ງໄປທີ่:

ນຳເບີໂທລະສັບ:

ແຟັກສ:

ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຄວນຈະປະກອບຂຽນລົງໃນພາກສ່ວນລຸ່ມນີ້.

_____ ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ / ການບໍລິການ ໃນວັນທີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

_____

ການເຂົ້າຮ່ວມຂອງຄົນໄຂ້ຄົນນີ້ໄດ້ສົມດັ່ງຄວາມພຽງພໍໃຈຂອງທ່ານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຄຳເຫັນ:

_____
ລາຍເຊັນ ວັນທີ

_____
ໜ້າທີ່ ນຳເບີໂທລະສັບ

_____
ອົງການ

_____
ທີ່ຢູ່

TREATMENT VERFICATION REQUEST
DSHS 14-478 LA (11/2006)