STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Proszę zwrócić od dnia do

Numer petenta:

Język:

Program:

DSHS oczekuję od Pana/-i, że aby nadal mieć prawo do ubiegania się o pomoc, postara się Pan/-i zmniejszyć swoje zapotrzebowanie na uzyskanie pomocy poprzez uczestnictwo w _____.

Niewypełnienie tego warunku może spowodować zakończeniem udzielania Panu/-i pomocy socjalnej przez DSHS, dopóki nie zgłosi się Pan/-i ponownie i nie zgodzi na współpracę. Po ponownym zgłoszeniu się, może Pan/-i zostać objęty/-a okresem czasowego braku wymaganych kwalifikacji ze względu na Pana/-i niepowodzenie we współpracy z zalecanym dostępnym planem postępowania/pomocy.

Proszę przekazać ten formularz do wypełnienia Pana/-i dostawcy planu postępowania/pomocy (pracownikowi socjalnemu). W Pana/-i gestii należy dopilnowanie, aby powyższy formularz wrócił do mnie do piątego dnia następnego miesiąca.

Zwrócić do:

Telefon:

Faks:

Pana/-i dostawca ma wypełnić sekcję poniżej.

_____ był objęty planem postępowania/pomocą w następujących okresach:

_____

Czy dany klient uczestniczy w programie w sposób satysfakcjonujący? ☐ Tak ☐ Nie

UWAGI:

PODPIS DATA

FUNKCJA NUMER TELEFONU

AGENCJA

ADRES