STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期：

请于　　之前将完整的表格寄还，以便

当事人身份识别号码：

个案管理员：

语言：

为了保持获得医疗保健服务的资格，您必须按照要求参加_____，藉以完成一项酒瘾或毒瘾戒除治疗方案。

依据华盛顿州行政法规 WAC 182-508-0220 之规定，若您不遵守这一要求，可能会导致您的医疗保健服务被终止。

请让为您提供治疗方案的服务提供者填妥此表格。您有责任确保于下个月第五日之前将完整的表格寄还给我。

回函请寄至：

电话号码：

传真号码：

您的服务提供者应填妥以下部分。

_____ 曾于下列日期接受治疗：

_____

您对此位服务对象参与治疗的情况是否感到满意？ ☐ 是 ☐ 否

根据安排，此位服务对象何时将完成其治疗方案？ _____

批语：

_____

签名　　日期

_____

职务　　电话号码

_____

机构名称

_____

地址