STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Сдайте полностью заполненную форму к на

Идентификационный номер клиента:

Сотрудник, ведущий дело:

Язык:

Для сохранения права на пособия по Программе медицинских услуг вам потребуется пройти курс лечения от химической зависимости путём участия в _____.

Невыполнение этого требования может привести к прекращению предоставления вам пособий по Программе медицинских услуг в соответствии с WAC 182-508-0220.

Пожалуйста, попросите лицо или ведомство, ответственное за предоставление вам лечения или услуг, заполнить эту форму. Заполненная форма должна поступить ко мне к 5-ому числу следующего месяца, и обеспечить это является вашей обязанностью.

Верните заполненную форму в:

Телефон:

Факс:

Ваш поставщик услуг должен заполнить следующий раздел.

_____ проходил (-а) курс лечения в следующие даты:

_____

Удовлетворены ли вы участием данного клиента в программе лечения? ☐ Да ☐ Нет

Когда данный клиент должен закончить курс лечения? _____

Замечания:

_____

ПОДПИСЬ ДАТА

_____

ДОЛЖНОСТЬ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

_____

ВЕДОМСТВО

_____

АДРЕС