STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента:_____

Язык: _____

Программа: _____

☐ Вы обязаны предоставить подтверждение того, что вы прошли обследование на предмет химической зависимости, до _____.
ДАТА

☐ По результатам обследования установлено, что вы страдаете наркотической или алкогольной зависимостью. Вы обязаны предоставить подтверждение того, что вы проходите курс лечения от химической зависимости, до _____.
ДАТА

Если вы не пройдёте требуемого обследования и (или) лечения, то, в соответствии с WAC 388-449-0220, предоставление вам денежного пособия может прекратиться.

Свяжитесь с дипломированным специалистом по проблемам химической зависимости для прохождения требуемого обследования и (или) лечения. Наименования и адреса некоторых специалистов и (или) учреждений вашего района, занимающихся этими проблемами, указаны ниже.

Замечания:

_____ Телефон: _____
КООРДИНАТОР SSI ВРЕМЯ

Отдел социального обеспечения (CSO): _____