STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Огноо:

Үйлчлүүлэгчийн дугаар: _____

Хэл: _____

Хөтөлбөр: _____

Та хөгжлийн бэрхшээлтэй гэх үндэслэлээр бэлэн мөнгөний тэтгэмж авч байна. Бид өндөр настан, хараагүй ба хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн (Aged, Blind, or Disabled буюу ABD) хөтөлбөрт хамрагдах таны эрхийг дараах тохиолдолд хянаж үздэг:

☐ Дор хаяж 24 сар тутамд.

☐ Нийгмийн хамгааллын удирдлагын газар (Social Security Administration буюу SSA) таны SSI эсвэл SSDI-ийн өргөдлийг хэрэгсэхгүй болгох үед.

Бидэнд таны хөгжлийн бэрхшээлийн байдлыг нотлох хамгийн сүүлийн үеийн эмнэлгийн нотлох баримт шаардлагатай бөгөөд эс бөгөөс WAC 388-449-0150-ийн дагуу таны ABD бэлэн мөнгөний тэтгэмж зогсооно. Уг эмнэлгийн нотолгоо нь WAC 388-449-0010-т заасан шалгуурыг хангасан байх ёстой.

Хэрэв бид энэхүү мэдээллийг _____ хүртэл хүлээн авахгүй бол, таны ABD бэлэн мөнгөний тэтгэмж _____-нд зогсоно.

Та дараах мэдээллийг ирүүлэх шаардлагатай:

☐ Эмнэлгийн ба/эсвэл сэтгэцийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчээсээ хамгийн сүүлийн үеийн эмнэлгийн нотлох баримтыг гаргаж өгөхийг хүснэ үү. Та эсвэл таны үйлчилгээ үзүүлэгч нь өвчтөний картын тэмдэглэл, эсвэл үнэлгээний маягтыг хавсаргасан буцах дугтуйнд хийж шуудангаар илгээх боломжтой. Сэтгэл зүйн / Сэтгэцийн үнэлгээний маягтыг (DSHS-ийн 13-865 маягт) https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms хаягаас татаж авах боломжтой.

Хэрэв танд энэхүү эмнэлгийн нотлох баримтыг авахад тусламж хэрэгтэй бол, эсвэл танд болон таны үйлчилгээ үзүүлэгчид асуух зүйл байвал та над руу залгана уу.

_____ Утасны дугаар: _____
ХӨГЖЛИЙН БЭРХШЭЭЛИЙН АСУУДАЛ ХАРИУЦСАН МЭРГЭЖИЛТЭН

Олон нийтэд үйлчлэх хэлтэс: _____