STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Programi për të moshuar, të verbër ose për aftësi të kufizuara (ABD)
Pjesëmarrje në trajtim mjekësor

Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program Medical Treatment Participation

Date

Numri i klientit:

Datëlindja:

Gjuha:

Përshëndetje ,

Për të vazhduar të qenit i kualifikuar për programin për të moshuar, të verbër ose për aftësi të kufizuara (ABD) sipas WAC 388-449-0200, duhet të merrni pjesë në:

☐ Trajtim i shëndetit mendor nëse aftësia juaj e kufizuar lidhet me një gjendje të shëndetit mendor.
☐ Trajtim mjekësor nëse aftësia juaj e kufizuar lidhet me një gjendje mjekësore.

Ju lutemi na kontaktoni në _____ për të diskutuar trajtimin që po merrni.
Nëse keni nevojë për ndihmë për të siguruar trajtim ose për të gjetur një ofrues, ne do të bëjmë më të mirën për t'ju ndihmuar.

Për të ruajtur të drejtën tuaj për ndihmë ABD, ju lutemi jepni informacion të përditësuar për trajtimin tuaj.

Mund të bëni një ose më shumë nga sa vijon për të raportuar pjesëmarrjen tuaj:

1. Na tregoni për trajtimin tuaj. Përfshini ofruesin dhe datat kur jeni vizituar.
   a. Vizitoni Zyrën tuaj lokale të Shërbimeve të Komunitetit (CSO) dhe kërkoni të flisni me një specialist të shërbimeve sociale.
   b. Telefononi punonjësin e shënuar në fund të kësaj letre.
   c. Telefononi qendrën tonë të shërbimit ndaj klientit në1-877-501-2233
2. Jepni dëshmi të njoftimit të takimit tuaj ose kërkojini ofruesit tuaj ta plotësojë pjesën e poshtme të këtij formulari. Dokumentet mund të na kthehen si më poshtë:
   a. Duke përdorur kutinë e dorëzimit në CSO-në tuaj lokale ose
   b. Me postë P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 ose
   c. Me faks në 888-338-7410

Nëse nuk merrni pjesë në trajtim pa një arsye të vlefshme, ndihma juaj ABD mund të përfundojë.

_____ _____
Specialisti i diabetit Numri i telefonit (dhe prefiksi)

_____
Zyra e Shërbimeve të Komunitetit

Programi për të moshuar, të verbër ose për aftësi të kufizuara (ABD)
Pjesëmarrje në trajtim mjekësor

Numri i klientit
Datëlindja

Kjo pjesë duhet të plotësohet nga ofruesi juaj:

Trajtimi i marrë	
Data e marrjes së trajtimit:	
Nënshkrimi i ofruesit	Emri i ofruesit me shkronja të mëdha shtypi
Klinika, institucioni ose zyra e ofruesit	
Numri i telefonit (dhe prefiksi)	