STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

المشاركة في العلاج الطبي
ضمن برنامج المسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة (ABD)

التاريخ

رقم العميل:
تاريخ الميلاد:
اللغة:

مرحبًا يا ،

لكي تظل مؤهلاً لبرنامج ABD (Aged, Blind or Disabled)، برنامج المسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة) وفقًا لـ WAC (Washington Administrative Code، مدونة اللوائح الإدارية لولاية واشنطن) 388-449-0200 عليك المشاركة في:

☐ علاج الصحة النفسية إذا كانت إعاقتك تتعلق بحالة مرضية خاصة بالصحة النفسية.
☐ العلاج الطبي إذا كانت إعاقتك تتعلق بحالة مرضية خاصة بالصحة الجسدية.

يرجى التواصل معنا عن طريق _____ لإجراء مناقشة حول العلاج الذي تتلقاه حاليًا.
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العلاج أو العثور على موفر رعاية صحية، فسنبذل كل ما في وسعنا لمساعدتك.

لكي تظل مؤهلاً للحصول على المساعدة ضمن برنامج ABD، يرجى تقديم معلومات محدثة حول العلاج الذي تتلقاه.

يمكنك تنفيذ إجراء واحد أو أكثر من الإجراءات التالية للإبلاغ عن مشاركتك:

1. إخبارنا عن العلاج الذي تتلقاه، مع تقديم معلومات حول اسم موفر الرعاية الصحية وتواريخ الزيارات التي التقيته فيها:
   a. توجه لزيارة مكتب CSO (Community Service Office، مكتب خدمة المجتمع) المحلي في منطقتك واطلب التحدث إلى أحد أخصائيي الخدمات الاجتماعية.
   b. اتصل هاتفيًا بالموظف المختص المذكور اسمه في أسفل هذا الخطاب.
   c. اتصل هاتفيًا بمركز خدمة العملاء لدينا على الرقم 1-877-501-2233
2. تقديم مستند يثبت الإشعار بالموعد، أو تكليف موفر الرعاية الصحية الخاص بك بتعبئة بيانات الجزء السفلي من هذا النموذج. يمكن إرسال المستندات إلينا بإحدى الطرق التالية:
   أ. استخدام صندوق الإيداع الموجود في مركز خدمة المجتمع في منطقتك، أو
   ب. الإرسال عبر البريد على العنوان P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411، أو
   ج. الإرسال بالفاكس على الرقم 888-338-7410

في حالة عدم مشاركتك في العلاج بدون سبب وجيه، فقد يؤدي ذلك إلى إيقاف مساعدة برنامج ABD الخاصة بك.

_____ _____
أخصائي شؤون ذوي الإعاقة رقم الهاتف (ورمز المنطقة)

_____
مكتب خدمات المجتمع

رقم العميل
تاريخ الميلاد

المشاركة في العلاج الطبي
ضمن برنامج المسنين أو المكفوفين أو ذوي الإعاقة
(ABD)

يتولى موفر الرعاية الصحية تعبئة بيانات هذا القسم:

العلاج الذي تم تلقيه	
تاريخ تلقي العلاج:	
توقيع موفر الرعاية الصحية	اسم موفر الرعاية الصحية مكتوبًا بأحرف واضحة
مكتب موفر الرعاية الصحية، أو المنشأة الطبية، أو العيادة	
رقم الهاتف (ورمز المنطقة)	