STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ការចូលរួមព្យាបាលសុខភាពក្នុង កម្មវិធីសម្រាប់មនុស្សចាស់ ជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ (ABD)

កាលបរិច្ឆេទ

លេខអតិថិជន៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖
ភាសា៖

សួស្តី

ដើម្បីបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីសម្រាប់មនុស្សចាស់ ជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ ABD (Aged, Blind, or Disabled, កម្មវិធីសម្រាប់មនុស្សចាស់ ជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ) តាមច្បាប់ WAC (Washington Administrative Code, ច្បាប់រដ្ឋបាលរដ្ឋ Washington) 388-449-0200 អ្នកត្រូវតែចូលរួមក្នុង៖

☐ ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើពិការភាពរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
☐ ការព្យាបាលសុខភាព ប្រសិនបើពិការភាពរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ។

សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈ_____
ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានការព្យាបាល ឬស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា
យើងនឹងប្រឹងឱ្យអស់ពីសមត្ថភាពដើម្បីជួយអ្នក។

ដើម្បីរក្សាសិទ្ធិទទួលបានជំនួយកម្មវិធី ABD របស់អ្នក សូមផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗអំពីការព្យាបាលរបស់អ្នក។

អ្នកអាចធ្វើចំណុចមួយ ឬច្រើនខាងក្រោម ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការចូលរួមរបស់អ្នក៖

1. ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការព្យាបាលរបស់អ្នក។ រួមបញ្ចូលអ្នកផ្តល់សេវា និងកាលបរិច្ឆេទដែលបានទៅជួប៖
   a. សូមចូល ទៅកាន់ការិយាល័យ CSO (Community Service Office, ការិយាល័យសេវាសហគមន៍) របស់អ្នក ហើយស្នើសុំនិយាយជាមួយអ្នកឯកទេសខាងសេវាសង្គមកិច្ច។
   b. សូមហៅទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃលិខិតនេះ
   c. សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-877-501-2233
2. ផ្តល់ភស្តុតាងនៃការជូនដំណឹងអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក ឬឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ ឯកសារអាចត្រូវផ្ញើត្រឡប់មកយើងខ្ញុំវិញតាមរយៈ៖
   ក. ការប្រើប្រអប់ទម្លាក់សំបុត្រនៅតាមការិយាល័យ CSO ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬ
   ខ. ការផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់ P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 ឬ
   គ. ផ្ញើតាមទូរសារទៅកាន់ 888-338-7410

ប្រសិនបើអ្នកមិនចូលរួមក្នុងការព្យាបាលដោយគ្មានហេតុផលល្អនោះទេ ជំនួយពីកម្មវិធី ABD របស់អ្នកអាចបញ្ចប់។

_____
លេខទូរសព្ទ

_____
អ្នកឯកទេសខាងពិការភាព (និងលេខកូដតំបន់)

_____
ការិយាល័យផ្នែកសេវាកម្មសហគមន៍

ការចូលរួមព្យាបាលសុខភាពក្នុង កម្មវិធីសម្រាប់មនុស្សចាស់ ជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ (ABD)

លេខអត្តសញ្ញាណ
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ៖

ការព្យាបាលដែលទទួលបាន	
កាលបរិច្ឆេទទទួលបានការព្យាបាល៖	
ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	សរសេរឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាជាអក្សរធំ
ការិយាល័យគ្លីនិក មណ្ឌលថែទាំ ឬអ្នកផ្តល់សេវា	
លេខទូរសព្ទ (និងលេខកូដតំបន់)	