ÉTAT DE WASHINGTON

DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Programme pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD

Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program

Participation aux traitements médicaux

Medical Treatment Participation

Date

Numéro du client :

Date de naissance :

Langue :

Bonjour ,

Pour rester éligible au Aged, Blind or Disabled (ABD) program (Programme pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD), conformément à WAC 388-449-0200, vous devez suivre les traitements suivants :

☐ Un traitement en santé mentale si votre handicap est lié à un trouble de santé mentale.

☐ Un traitement médical si votre handicap est lié à une affection médicale.

Veuillez nous contacter au plus tard le _____ pour discuter du traitement que vous suivez. Si vous avez besoin d'aide pour accéder au traitement ou pour trouver un prestataire de soins, nous ferons de notre mieux pour vous aider.

Pour conserver votre éligibilité à l'aide ABD, veuillez fournir des informations à jour sur votre traitement.

Pour signaler votre participation, vous pouvez effectuer une ou plusieurs des démarches suivantes :

1. Informez-nous de votre traitement. Indiquez le prestataire de soins et les dates auxquelles vous l'avez consulté :
   a. Rendez-vous au Community Service Office (Bureau des services communautaires, CSO) de votre secteur et demandez à parler à un Social Service Specialist (Spécialiste des services sociaux).
   b. Appelez l'agent indiqué au bas de cette lettre
   c. Appelez notre Customer Service Center (Centre de service clientèle) au 1-877-501-2233
2. Fournissez un justificatif de votre avis de rendez-vous ou demandez à votre prestataire de soins de remplir la section inférieure de ce formulaire. Les documents peuvent nous être retournés de l'une des manières suivantes :
   a. En utilisant la boîte de dépôt de votre CSO local, ou
   b. En les envoyant par courrier à P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 ou
   c. En les envoyant par fax au 888-338-7410

Si vous ne suivez pas le traitement sans raison valable, votre aide ABD peut prendre fin.

_____ Disability Specialist (Spécialiste du handicap).

_____ Numéro de téléphone (avec indicatif régional)

_____ Community Services Office (Bureau des services communautaires)

Programme pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD
Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program
Participation aux traitements médicaux
Medical Treatment Participation

Numéro du client
Date de naissance

Cette section doit être remplie par votre prestataire de soins :

Traitement reçu	
Date du traitement reçu :	
Signature du prestataire de soins	Nom du prestataire de soins en caractères d'imprimerie
Clinique, établissement ou cabinet du prestataire de soins	
Numéro de téléphone (avec indicatif régional)	