STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

노인, 시각 장애인 또는 장애인(ABD) 프로그램
의료 치료 참여

날짜

고객 번호:

생년월일:

언어:

안녕하세요, 님

WAC (Washington Administrative Code, 워싱턴 행정법) 388-449-0200에 따라 ABD (Aged, Blind, or Disabled, 노인, 시각 장애인 또는 장애인) 프로그램 자격을 유지하려면 다음 치료에 참여해야 합니다.

☐ 장애가 정신 건강 문제와 관련된 경우 정신 건강 치료
☐ 장애가 의료 문제와 관련된 경우 의료 치료

받고 계신 치료에 대해 상담하시려면 _____(으)로 연락해 주십시오.
치료를 받거나 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요하시면 최선을 다해 도와드리겠습니다.

ABD 지원 자격을 유지하려면 치료에 대한 최신 정보를 제공해 주십시오.

다음 중 하나 이상의 방법을 통해 참여를 보고할 수 있습니다.

1. 치료에 대해 알려주십시오. 의료 서비스 제공자와 방문 진료 날짜를 기재하십시오.
   a. CSO (Community Service Office, 지역사회 서비스 사무소)를 방문하여 사회 서비스 전문가와의 상담을 요청하십시오.
   b. 본 서신 하단에 기재된 담당자에게 전화하십시오
   c. 고객 서비스 센터에 1-877-501-2233번으로 전화하십시오
2. 예약 진료 통지 증빙 서류를 제공하거나 의료 서비스 제공자에게 본 양식의 하단 부분을 작성해 달라고 요청하십시오. 문서는 다음과 같은 방법으로 반송할 수 있습니다.
   a. 지역 CSO의 드롭 박스 사용 또는
   b. P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411로 우편 송부 또는
   c. 888-338-7410번으로 팩스 송부

정당한 사유 없이 치료에 참여하지 않으면 ABD 지원이 종료될 수 있습니다.

_____ _____
장애 전문가 전화번호(및 지역 번호)

_____
지역사회 서비스 사무소

:인, 시각 장애인 또는 장애인(ABD) 프로그램 의료 치료 참여

고객 번호
생년월일

담당 의료 서비스 제공자가 작성해야 할 부분:

치료를 받은 날짜	
치료를 받은 날짜:	
의료 서비스 제공자 서명	의료 서비스 제공자 정자체 이름
진료소, 시설 또는 의료 서비스 제공자 사무실	
전화번호(및 지역 번호)	