STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ज्येष्ठ नागरिक, दृष्टिविहीन वा अपाङ्गता भएको (ABD) कार्यक्रम चिकित्सा उपचारमा सहभागिता

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

Date

सेवाग्राही नम्बर:
जन्म मिति:
भाषा:

नमस्कार ,

WAC 388-449-0200 अनुसार ज्येष्ठ नागरिक, दृष्टिविहीन वा अपाङ्गता भएका (ABD) कार्यक्रमका लागि योग्य रहिरहन, तपाईंले निम्नमा सहभागी हुनुपर्छ:

☐ तपाईंको अपाङ्गता मानसिक स्वास्थ्य अवस्थासँग सम्बन्धित छ भने मानसिक स्वास्थ्य उपचार।

☐ तपाईंको अपाङ्गता चिकित्सा अवस्थासँग सम्बन्धित छ भने चिकित्सा उपचार।

कृपया _____ सम्ममा हामीलाई **आफूले प्राप्त गरिरहनुभएको उपचारबारे छलफल गर्न सम्पर्क गर्नुहोस्।**

यदि तपाईंलाई उपचार प्राप्त गर्न वा प्रदायक खोज्न मद्दत चाहिन्छ भने, हामी तपाईंलाई सहयोग गर्न सक्दो प्रयास गर्नेछौँ।

ABD सहायताका लागि आफ्नो योग्यता कायम राख्न, कृपया आफ्नो उपचारबारे अद्यावधिक जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्।

आफ्नो सहभागिताको जानकारी दिन तपाईंले निम्नमध्ये एक वा बढी कार्य गर्न सक्नुहुन्छ:

1. हामीलाई आफ्नो उपचारबारे बताउनुहोस्। प्रदायक र भेटेको मितिहरू समावेश गर्नुहोस्:
   a. आफ्नो स्थानीय सामुदायिक सेवा कार्यालय (CSO) मा जानुहोस् र सामाजिक सेवा विशेषज्ञसँग कुरा गर्न अनुरोध गर्नुहोस्।
   b. यस पत्रको तल उल्लेख गरिएको कर्मचारीलाई फोन गर्नुहोस्।
   c. 1-877-501-2233 मा हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रमा कल गर्नुहोस्।
2. आफ्नो अपोइन्टमेन्ट सूचनाको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस् वा आफ्नो प्रदायकलाई यस फारमको तल्लो खण्ड भराउन लगाउनुहोस्। कागजातहरू हामीलाई निम्न माध्यमबाट फिर्ता पठाउन सकिन्छ:
   a. आफ्नो स्थानीय CSO को ड्रप बक्स प्रयोग गरेर वा,
   b. P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 मा हुलाक मार्फत पठाएर वा,
   c. 888-338-7410 मा फ्याक्स गरेर।

यदि तपाईं उचित कारणबिना उपचारमा सहभागी हुनुहुन्न भने, तपाईंको ABD सहायता बन्द हुन सक्छ।

_____ _____
अपाङ्गता विशेषज्ञ टेलिफोन नम्बर (क्षेत्रीय कोडसहित)

_____
सामुदायिक सेवा कार्यालय (CSO)

ज्येष्ठ नागरिक, दृष्टिविहीन वा अपाङ्गता भएको (ABD) कार्यक्रम चिकित्सा उपचारमा सहभागिता

सेवाग्राही नम्बर
जन्म मिति

यो खण्ड तपाईंको प्रदायकले भर्नुपर्नेछ:

प्राप्त उपचार	
उपचार प्राप्त गरेको मिति:	
प्रदायकको हस्ताक्षर	प्रदायकको नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्
क्लिनिक, सुविधा वा प्रदायकको कार्यालय	
टेलिफोन नम्बर (क्षेत्रीय कोडसहित)	