STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

مشارکت در درمان پزشکی
برنامه سالمندان، نابینایان یا معلولین (ABD)

تاریخ

شماره مشتری:

تاریخ تولد:

زبان:

سلام ،

برای اینکه طبق WAC (Washington Administrative Code، آئین‌نامه اداری واشنگتن) 388-449-0200 واجد شرایط برنامه سالمندان، نابینایان یا معلولین ABD (Aged, Blind or Disabled، سالمندان، نابینایان یا معلولین) باقی بمانید، باید در موارد زیر شرکت کنید:

☐ درمان سلامت روان، در صورتی که معلولیت شما مربوط به یک وضعیت سلامت روان باشد.
☐ درمان پزشکی، در صورتی که معلولیت شما مربوط به یک وضعیت پزشکی باشد.

لطفاً با شماره _____ با ما تماس بگیرید تا در مورد درمانی که دریافت می‌کنید صحبت کنیم.
اگر برای دسترسی به درمان یا یافتن ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، ما تمام تلاش خود را برای کمک به شما خواهیم کرد.

برای حفظ واجد شرایط بودن خود برای دریافت کمک ABD، لطفاً اطلاعات به‌روز در مورد درمان خود ارائه دهید.

شما می‌توانید یک یا چند مورد از موارد زیر را برای اعلام مشارکت خود انجام دهید:

1. در مورد درمان خود به ما بگویید. ارائه‌دهنده و تاریخ‌های ملاقات را لحاظ کنید:
   a. به دفتر خدمات جمعی (Community Service Office (CSO، دفتر خدمات جمعی)) محلی خود مراجعه کنید و درخواست صحبت با یک متخصص خدمات اجتماعی کنید.
   b. با کارمندی که در پایین این نامه ذکر شده تماس بگیرید
   c. با مرکز خدمات مشتریان ما به شماره 1-877-501-2233 تماس بگیرید
2. مدرکی مبنی بر اعلان مربوط به وقت ملاقات خود ارائه دهید یا از ارائه‌دهنده خود بخواهید قسمت پایین این فرم را تکمیل کند. مدارک را می‌توان به روش‌های زیر برای ما ارسال کرد:
   الف. استفاده از صندوق پستی در CSO محلی‌تان یا،
   ب. پست کردن به P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 یا
   پ. ارسال فکس به 888-338-7410

اگر بدون دلیل موجه در درمان شرکت نکنید، ممکن است کمک ABD شما قطع شود.

_____ _____

شماره تلفن متخصص معلولیت (و کد منطقه)

_____

دفتر خدمات جمعی

شماره مشتری
تاریخ تولد

مشارکت در درمان پزشکی
برنامه سالمندان، نابینایان یا معلولین (ABD)

این قسمت باید توسط ارائه‌دهنده شما تکمیل شود:

درمان دریافت‌شده	
تاریخ درمان دریافت‌شده:	
امضای ارائه‌دهنده	نام ارائه‌دهنده را درج نمایید
کلینیک، مرکز یا دفتر ارائه‌دهنده	
شماره تلفن (و کد منطقه)	