STATUL WASHINGTON

DEPARTAMENTUL PENTRU SERVICII SOCIALE ȘI DE SĂNĂTATE

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Tratament medical în cadrul Programul pentru persoane în vârstă, nevăzătoare sau cu dizabilități (ABD)

Aged, Blind, or Disabled Program
Medical Treatment Participation

Data

Număr client:

Data nașterii:

Limba:

Bună ,

Pentru a rămâne eligibil(ă) pentru Aged, Blind, or Disabled Program (Programul pentru persoane în vârstă, nevăzătoare sau cu dizabilități, ABD) per WAC 388-449-0200, trebuie să participați la:

☐ Tratamentul pentru sănătate mintală dacă dizabilitatea dvs. are legătură cu o afecțiune de sănătate mintală.
☐ Tratament medical dacă dizabilitatea dvs. are legătură cu o afecțiune medicală.

Vă rog să mă contactați până la _____ pentru a discuta tratamentul pe care îl primiți.
Dacă aveți nevoie de ajutor pentru a obține tratament sau pentru a găsi un furnizor de servicii, vom face tot posibilul pentru a vă oferi asistență.

Pentru a vă menține eligibilitatea pentru asistență ABD, vă rugăm să furnizați informații actualizate despre tratamentul dvs.

Puteți întreprinde una sau mai multe din următoarele acțiuni pentru a vă raporta participarea:

1. Să ne spuneți despre tratamentul dvs. Să includeți furnizorul și datele de consultare:
   a. Vizitați Community Service Office (Biroul de servicii comunitare, CSO) local și cereți să discutați cu un Social Service Specialist (Specialist în servicii sociale).
   b. Apelați lucrătorul indicat în partea de jos a acestei scrisori
   c. Contactați Centrul de Servicii pentru Clienți la 1-877-501-2233
2. Furnizați dovada notificării privind programarea dvs. sau solicitați-i furnizorului dvs. de servicii să finalizeze secțiunea inferioară a acestui formular. Documentele ne pot fi returnate:
   a. Utilizând caseta de coreespondență de la CSO local sau,
   b. Trimițându-le prin poștă la P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 sau
   c. Prin fax la 888-338-7410

Dacă nu participați la tratament fără un motiv întemeiat, asistența dvs. în cadrul programului ABD poate fi întreruptă.

Specialist în dizabilități

Număr de telefon (cu prefixul zonei)

Community Services Office (Biroul Servicii Comunitare)

Tratament medical în cadrul Programul pentru persoane în vârstă, nevăzătoare sau cu dizabilități (ABD)

Număr client
Data nașterii

Această secțiune trebuie completată de către furnizorul dvs.

Treatment received	
Date treatment received:	
Provider Signature	Print provider name
Clinic, facility, or provider office	
Telephone number (and area code)	