STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Программа для пожилых, слепых и лиц с инвалидностью (ABD) Участие в медицинском лечении

Дата

Номер клиента:

Дата рождения:

Язык:

Здравствуйте, !

Для сохранения права на участие в программе ABD (Aged, Blind or Disabled, для пожилых, слепых или лиц с инвалидностью) в соответствии с WAC (Washington Administrative Code, Административный кодекс штата Washington) 388-449-0200 требуется указанное далее.

☐ Лечение психического здоровья, если инвалидность связана с психическим расстройством

☐ Медицинское лечение, если инвалидность связана с заболеванием

Просим связаться с нами до _____ для обсуждения получаемого Вами лечения.

Если Вам нужна помощь в получении лечения или поиске поставщика услуг, мы сделаем все возможное, чтобы оказать ее.

Для сохранения Вашего права на получение помощи по программе ABD предоставьте обновленную информацию о Вашем лечении.

Вы можете выполнить одно или несколько из указанных далее действий, чтобы подтвердить свое участие.

1. Сообщите нам информацию о Вашем лечении. Укажите поставщика услуг и даты посещений.
   a. Посетите Ваше местное CSO (Community Services Office, отделение обслуживания клиентов) и попросите соединить Вас со специалистом по социальным услугам.
   b. Позвоните сотруднику, указанному в нижней части этого письма.
   c. Позвоните в наш центр обслуживания клиентов по телефону 1-877-501-2233.
2. Предоставьте подтверждение уведомления о Вашей записи на прием либо попросите Вашего поставщика услуг заполнить нижний раздел настоящей формы. Документы можно вернуть нам указанным далее способом.
   a. Через ящик для корреспонденции в Вашем местном отделении CSO.
   b. Почтовым отправлением по адресу: Box 11699, Tacoma, WA 98411.
   c. По факсу: 888-338-7410.

Если Вы не участвуете в лечении без уважительной причины, Ваша помощь по программе ABD может быть прекращена.

_____ _____

Специалист по вопросам инвалидности | Номер телефона (с кодом региона)

_____

Отделение обслуживания клиентов

Программа для пожилых, слепых и лиц с инвалидностью (ABD)
Участие в медицинском лечении

Номер клиента
Дата рождения

Этот раздел заполняется Вашим поставщиком услуг.

Полученное лечение	
Дата получения лечения:	
Подпись поставщика услуг	Имя поставщика услуг печатными буквами
Клиника, медицинское учреждение или офис поставщика услуг	
Номер телефона (с кодом региона)	