STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Participación en el tratamiento médico del Programa para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas (ABD)

Fecha

Número de cliente:

Fecha de nacimiento:

Idioma:

Hola, :

Para seguir siendo elegible para el Programa para ABD (Aged, Blind or Disabled, Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas) según el WAC (Washington Administrative Code, Código Administrativo de Washington) 388-449-0200, debe participar en:

☐ un tratamiento de salud mental si su discapacidad está relacionada con una afección de salud mental;
☐ un tratamiento médico si su discapacidad está relacionada con una afección médica.

Póngase en contacto con nosotros por _____ para hablar sobre el tratamiento que recibe. Si necesita ayuda para acceder a un tratamiento o encontrar un proveedor, haremos todo lo posible para ayudarle.

Para mantener su elegibilidad para la asistencia de ABD, proporcione información actualizada sobre su tratamiento.

Puede realizar una o más de las siguientes acciones para informar su participación:

1. Cuéntenos sobre su tratamiento. Incluya el proveedor y las fechas de consulta:
   a. Visite la CSO (Community Service Office, oficina de servicio comunitario) local y solicite hablar con un especialista en servicio social.
   b. Llame al trabajador que aparece al final de esta carta.
   c. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 1-877-501-2233
2. Proporcione un comprobante de su aviso de cita o solicite a su proveedor que complete la sección inferior de este formulario. Puede enviarnos los documentos:
   a. a través del buzón de su CSO local; o
   b. por correo postal a P. O. Box 11699, Tacoma, WA 98411, o
   c. por fax al 888-338-7410.

Si no participa en el tratamiento sin una buena razón, su asistencia del Programa para ABD puede finalizar.

_____ _____
Especialista en discapacidad Número de teléfono (y código de área)

_____
Oficina de servicios comunitarios

Participación en el tratamiento médico del Programa para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas (ABD)

Número de cliente
Fecha de nacimiento

Su proveedor debe completar esta sección:

Tratamiento recibido	
Fecha del tratamiento recibido:	
Firma del proveedor	Nombre del proveedor en letra de molde
Clínica, centro o consultorio del proveedor	
Número de teléfono (y código de área)	