STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Programa para sa Matatanda, Bulag, o May Kapansanan (ABD) Paglahok sa Medikal na Panggagamot

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

Petsa

Numero ng Kliyente:
Petsa ng Kapanganakan:
Wika:

Kumusta ,

Upang manatiling kwalipikado para sa Programa para sa Matatanda, Bulag, o May Kapansanan (ABD) alinsunod sa WAC 388-449-0200, kailangan mong lumahok sa:

☐ Panggagamot sa kalusugang pangkaisipan kung ang iyong kapansanan ay may kaugnayan sa isang kondisyon sa kalusugang pangkaisipan.

☐ Medikal na panggagamot kung ang iyong kapansanan ay may kaugnayan sa isang medikal na kondisyon.

Mangyaring makipag-ugnayan sa amin nang hindi lalampas sa _____ upang mapag-usapan ang panggagamot na iyong tatanggapin.

Kung kailangan mo ng tulong upang makakuha ng panggagamot o makahanap ng provider, gagawin namin ang aming makakaya upang matulungan ka.

Upang mapanatili ang iyong pagiging kwalipikado para sa tulong mula sa ABD, mangyaring magbigay ng napapanahong impormasyon tungkol sa iyong pagpapagamot.

Maaari mong gawin ang isa o higit pa sa mga sumusunod upang iulat ang iyong paglahok:

1. Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pagpapagamot. Isama ang provider at mga petsa ng pagpapatingin:
   a. Bumisita sa iyong lokal na Tanggapan ng Serbisyong Pangkomunidad (Community Service Office o CSO) at humiling na makausap ang isang Espesyalista sa Social Service.
   b. Tawagan ang kawani na nakalista sa ibaba ng liham na ito
   c. Tumawag sa aming Sentro ng Serbisyo sa Customer sa 1-877-501-2233
2. Magbigay ng patunay ng abiso ng iyong appointment o ipakumpleto sa iyong provider ang bahagi sa ibaba ng form na ito. Maaaring ibalik ang mga dokumento sa amin sa pamamagitan ng:
   a. Paggamit ng drop box sa iyong lokal na CSO o,
   b. Pagpapadala sa koreo sa P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 o
   c. Pag-fax sa 888-338-7410

Kung hindi ka lalahok sa panggagamot nang walang sapat na dahilan, maaaring ihinto ang iyong tulong mula sa ABD.

_____ _____

Espesyalista sa Kapansanan Numero ng Telepono (at area code)

_____

Tanggapan ng mga Serbisyong Pangkomunidad

Programa para sa Matatanda, Bulag, o May Kapansanan (ABD)
Paglahok sa Medikal na Panggagamot
Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program
Medical Treatment Participation

Numero ng Kliyente
Petsa ng Kapanganakan

Ang bahaging ito ay dapat kumpletuhin ng iyong provider:

Panggagamot na natanggap	
Petsa kung kailan natanggap ang panggagamot:	
Lagda ng Provider	Isulat ang pangalan ng provider
Klinika, pasilidad, o tanggapan ng provider	
Numero ng telepono (at area code)	