STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Yaşlı, Görme Engelli veya Engelli Bireyler (ABD) Programı
Tıbbi Tedaviye Katılım
Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program
Medical Treatment Participation

Tarih

Müşteri Numarası:

Doğum Tarihi:

Dil:

Merhaba ,

WAC (Washington Administrative Code, Washington İdari Yasası) 388-449-0200 uyarınca Yaşlı, Görme Engelli veya Engelli Bireyler (Aged, Blind or Disabled, ABD) programına uygunluğunuzun sürmesi için şunlara katılmalısınız:

☐ Engeliniz bir ruh sağlığı sorunuyla ilgiliyse ruh sağlığı tedavisi.
☐ Engeliniz tıbbi bir sorunla ilgiliyse tıbbi tedavi.

Aldığınız tedaviyle ilgili görüşmek için lütfen _____ tarihine kadar bizimle iletişime geçin.
Tedaviye ulaşmak veya sağlayıcı bulmak konusunda yardıma ihtiyacınız varsa size yardım etmek için elimizden geleni yaparız.

ABD yardımına uygunluğunuzun sürmesi için lütfen tedavinizle ilgili güncel bilgiler sağlayın.

Katılımınızı bildirmek için aşağıdakilerden birini veya birkaçını yapabilirsiniz:

1. Bize tedavinizden bahsedin. Görülen sağlayıcıyı ve tarihleri ekleyin:
   a. Yerel Sosyal Hizmetler Ofisinize (Community Service Office, CSO) gidin ve bir Sosyal Hizmetler Uzmanı ile konuşmak isteyin.
   b. Bu mektubun sonunda listelenen çalışanı arayın
   c. 1-877-501-2233 numaralı telefondan Müşteri Hizmetleri Merkezimizi arayın
2. Randevu bildiriminizin kanıtını sunun veya sağlayıcınızın bu formun alt bölümünü doldurmasını sağlayın. Belgeler bize şu yollarla iletilebilir:
   a. Yerel CSO'nuzdaki kutuyu kullanarak veya
   b. P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 adresine posta göndererek veya
   c. 888-338-7410 numaralı faksa faks göndererek

Geçerli bir neden olmaksızın tedaviye katılmazsanız ABD yardımınız sonlanabilir.

_____ _____
Engellilik Durumu Uzmanı Telefon Numarası (ve alan kodu)

_____
Sosyal Hizmetler Ofisi

Yaşlı, Görme Engelli veya Engelli Bireyler (ABD) Programı Tıbbi Tedavi Katılımı
Aged, Blind, or Disabled (ABD) Program Medical Treatment Participation

Müşteri Numarası
Doğum Tarihi

Bu bölüm sağlayıcınız tarafından doldurulmalıdır:

Alınan tedavi	
Tedavinin alındığı tarih:	
Sağlayıcı İmzası	Basılı sağlayıcı adı
Klinik, tesis veya sağlayıcı ofisi	
Telefon numarası (ve alan kodu)	