STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Участь у плані медичного лікування за програмою (ABD) для людей похилого віку, незрячих людей і людей з інвалідністю

Дата

Номер клієнта:

Дата народження:

Мова:

Вітаємо, !

Щоб і надалі відповідати критеріям участі в програмі ABD (Aged, Blind or Disabled, для людей похилого віку, незрячих людей і людей з інвалідністю) за номером WAC (Washington Administrative Code, Адміністративний кодекс штату Вашингтон) 388-449-0200, Ви повинні взяти участь у наведених нижче заходах.

☐ Лікування психічного здоров'я, якщо Ваша інвалідність пов'язана з психічним захворюванням.
☐ Медичне лікування, якщо Ваша інвалідність пов'язана з медичним захворюванням.

Зв'яжіться з нами до _____, щоб обговорити отримуване Вами лікування.

Якщо Вам потрібна допомога з доступом до лікування або пошуком постачальника, ми зробимо все можливе, щоб допомогти Вам.

Щоб і надалі відповідати критеріям отримання допомогти за програмою ABD, надайте оновлену інформацію про Ваше лікування.

Повідомити про участь можна одним із наведених нижче способів.

1. Розкажіть нам про своє лікування. Зазначте постачальника й дати візитів.
   a. Відвідайте місцевий відділ CSO (Community Service Office, відділ соціальних служб) і поговоріть із фахівцем із соціального забезпечення.
   b. Зателефонуйте працівнику, указаному в нижній частині цього листа.
   c. Зателефонуйте до нашого Центру обслуговування клієнтів за номером 1-877-501-2233.
2. Як підтвердження надайте повідомлення про зустріч або попросіть постачальника заповнити розділ цієї форми внизу. Документи можна повернути нам такими способами:
   a. за допомогою поштової скриньки в місцевому відділі CSO;
   b. надіславши лист на адресу: P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411;
   c. надіславши факс на номер 888-338-7410.

Якщо Ви не берете участь у лікуванні без поважної причини, надання допомоги за програмою ABD може припинитися.

_____ _____

Фахівець із питань інвалідності Номер телефону (і код регіону)

_____

Відділ соціальних служб

Участь у плані медичного лікування за програмою (ABD) для людей похилого віку, незрячих людей і людей з інвалідністю

Номер клієнта
Дата народження

Цей розділ заповнюється Вашим постачальником.

Отримане лікування	
Дата отримання лікування:	
Підпис постачальника	Ім’я постачальника друкованими літерами
Клініка, заклад або офіс постачальника	
Номер телефону (і код регіону)	