STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Chương Trình dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật (ABD) Tham Gia Điều Trị Y Tế

Ngày

Mã Khách Hàng:

Ngày Sinh:

Ngôn Ngữ:

Xin chào ,

Để tiếp tục đủ điều kiện tham gia chương trình dành cho ABD (Aged, Blind or Disabled, Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật) theo WAC (Washington Administrative Code, Bộ Luật Hành Chính Washington) 388-449-0200, quý vị phải tham gia:

☐ Điều trị sức khỏe tâm thần nếu tình trạng khuyết tật của quý vị liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần.
☐ Điều trị y tế nếu tình trạng khuyết tật của quý vị liên quan đến tình trạng bệnh lý.

Vui lòng liên hệ với chúng tôi theo _____ để thảo luận về phương pháp điều trị quý vị đang tiếp nhận.
Nếu quý vị cần trợ giúp để tiếp cận phương pháp điều trị hoặc tìm nhà cung cấp, chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để hỗ trợ quý vị.

Để tiếp tục đủ điều kiện nhận hỗ trợ ABD, vui lòng cung cấp thông tin cập nhật về phương pháp điều trị của quý vị.

Quý vị có thể thực hiện một hoặc nhiều hoạt động sau để báo cáo việc tham gia của mình:

1. Cung cấp thông tin về phương pháp điều trị của quý vị. Đề cập đến nhà cung cấp và ngày thăm khám:
   a. Đến CSO (Community Service Office, Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng) tại địa phương và yêu cầu được trao đổi với Chuyên Gia Dịch Vụ Xã Hội.
   b. Gọi cho nhân viên được nêu ở cuối thư này
   c. Gọi đến Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service Center) của chúng tôi theo số 1-877-501-2233
2. Cung cấp bằng chứng về thông báo cuộc hẹn hoặc yêu cầu nhà cung cấp hoàn thành phần cuối của biểu mẫu này. Quý vị có thể gửi lại tài liệu cho chúng tôi bằng cách:
   a. Sử dụng hộp thư tại CSO địa phương của quý vị hoặc,
   b. Gửi thư đến địa chỉ P.O. Box 11699, Tacoma, WA 98411 hoặc
   c. Gửi fax đến số 888-338-7410

Nếu quý vị không tham gia điều trị mà không có lý do chính đáng, hỗ trợ ABD của quý vị có thể chấm dứt.

_____ _____

Chuyên Gia về Khuyết Tật | Số Điện Thoại (và mã vùng)

_____

Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng

Chương Trình dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật (ABD) Tham Gia Điều Trị Y Tế

Mã Khách Hàng
Ngày Sinh

Phần này do nhà cung cấp của quý vị hoàn thành:

Phương pháp điều trị nhận được	
Ngày nhận phương pháp điều trị:	
Chữ Ký của Nhà Cung Cấp	Tên nhà cung cấp viết in hoa
Phòng khám, cơ sở hoặc văn phòng của nhà cung cấp	
Số điện thoại (và mã vùng)	