STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ቀን፡

የደንበኛ ቁጥር፡ _____

ቋንቋ፡ _____

ፕሮግራም፡ _____

☐ እስከ _____ ድረስ የአደገኛ ዕፅ አጠቃቀም ግምገማ ማጠናቀቅዎን የሚያረጋግጥ ማስረጃ ማቅረብ አለብዎት።
ቀን

☐ የአደገኛ ዕፅ አጠቃቀም ግምገማዎ የአደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት ሕክምናን እንዲያጠናቅቁ ይመክራል። በ

_____ ሕክምናውን እየተከታተሉ መሆንዎን የሚያረጋግጥ ማስረጃ ማቅረብ አለብዎት።
ቀን

እንደ አስፈላጊነቱ ምርመራ ወይም ሕክምና ካላጠናቀቁ፣ የእርስዎ የአረጋውያን፣ የዓይነ ስውራን ወይም የአካል ጉዳተኞች (ABD) ወይም የነፍሰ-ጡር ሴቶች እርዳታ (PWA) ድጋፍ በWAC 388-449-0220 መሠረት ሊያበቃ ይችላል።

_____

በአካባቢዎ ያሉ የአደገኛ ዕፅ አጠቃቀም ግምገማ እና የሕክምና አቅራቢዎች የሚከተሉትን ያካትታሉ፡

ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት ወይም የተረጋገጠ የአደገኛ ዕፅ አጠቃቀም ግምገማ ወይም የሕክምና አቅራቢ ለማግኘት እርዳታ ከፈለጉ እባክዎትን ይደውሉልኝ።

_____ ስልክ ቁጥር፣ _____
የማህበራዊ አገልግሎት ባለሙያ ሰዓት

CSO: _____