STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

እባክዎ ሙሉውን ቅጽ ከ በፊት ለሚከተለው ይመልሱ

የደንበኛ ቁጥር፡-

የትውልድ ቀን:

ቋንቋ፡-

ፕሮግራም፡-

ለጥሬ ገንዘብ ድጋፍ ተገቢ እንደሆኑ ለመቆየት የሚከተሉትን ማድረግ ይኖርብዎታል፡-

☐ በሕግ አንቀጽ WAC 388-449-0220 መሰረት የኬሚካል ጥገኝነት ምርመራ ማጠናቀቅ።

☐ በሕግ አንቀጽ WAC 388-449-0220 መሰረት የኬሚካል ጥገኝነት ሕክምና ላይ መሳተፍ።

☐ በሕግ አንቀጽ WAC 388-449-0200 መሰረት ከእርስዎ የአካል ጉዳት ጋር ግንኙነት ባለው የአእምሮ ጤና ሕክምና ላይ መሳተፍ።

☐ በሕግ አንቀጽ WAC 388-449-0200 መሰረት ከእርስዎ የአካል ጉዳት ግንኙነት ባለው ሕክምና ላይ መሳተፍ።

ያለበቂ ምክንያት ሳይተባበሩ ቢቀሩ፣ የእርስዎ የጥሬ ገንዘብ ድጋፍ በሕግ አንቀጽ WAC 388-449-0200 እና 388-449-0220 መሰረት ሊቆም ይችላል።

የእርስዎ ሕክምና/አገልግሎቶች አቅራቢን ይህን ቅጽ እንዲሞላ እባክዎ ያድርጉ። ይህ ቅጽ ተሟልቶ ለእኔ ከ በፊት መመለሱን ማረጋገጥ የእርስዎ ኃላፊነት ነው።

ይመልሱት ወደ፡-

ስልክ ቁጥር፡-

ፋክስ፡-

ይህ ክፍል በሕክምና / አገልግሎት አቅራቢ መሞላት አለበት

_____ አቅርቧል _____ ሕክምና / አገልግሎት።

የአቅራቢ ስም

የታዩበት ቀኖች ወይም ድግምግሞሽ፡- _____

በሕክምና ላይ ያለው ለውጥ ዕድገት፡- ☐ እጅግ በጣም ጥሩ ☐ ጥሩ ☐ ደህና ☐ ደካማ

የዚህ ደንበኛ ተሳትፎ አጥጋቢ ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

አስተያየቶች

_____

ፊርማ ቀን

_____

ማዕረግ ስልክ ቁጥር

_____

ኤጀንሲ

_____

አድራሻ