STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

لطفاً کل فرم را تا تاریخ برای تکمیل نموده و بازگردانید

شماره متقاضی:

زبان:

برنامه:

به منظور حفظ صلاحیت دریافت کمک هزینه نقدی، باید:

- ☐ مطابق با WAC 388-449-0220، یک ارزیابی وابستگی به مواد شیمیایی را پشت سر بگذارید.
- ☐ مطابق با WAC 388-449-0220 در درمانهای وابستگی به مواد شیمیایی شرکت کنید.
- ☐ مطابق با WAC 388-449-0200، در درمانهای سلامت روان مربوط به شرایطی که باعث از کار افتادگی شما می شود، شرکت کنید
- ☐ مطابق با WAC 388-449-0200، در درمانهای سلامت پزشکی مربوط به شرایطی که باعث از کار افتادگی شما می شود، شرکت کنید.

اگر بدون دلیل موجه در این موارد همکاری نکنید، ممکن است مطابق با 388-449-0200 و 388-449-0220 کمک هزینه نقدی شما متوقف شود.

لطفاً از تامین کننده خدمات درمانی/ خدمات خود بخواهید تا این فرم را تکمیل کند. شما مسئول هستید که این فرم بصورت کامل تا تاریخ به دست من برسد.

ارسال به: تلفن:

فکس:

این بخش توسط تامین کننده خدمات درمانی/ خدمات شما تکمیل می شود.

_____ خدمات درمانی/ خدمات _____ را ارائه داد.

نام تامین کننده

تاریخ ها یا تعداد دفعات حضور: _____

پیشرفت در درمان: ☐ عالی ☐ خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف

آیا مشارکت متقاضی، رضایت بخش بود؟ ☐ بله ☐ خیر

نظرات

_____

امضا تاریخ

_____

عنوان شغلی شماره تلفن

_____

نهاد

_____

آدرس