STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ກະຣຸນາສົ່ງໃບຟອມທັງຫມົດກັບຄືນມາກ່ອນ ສຳລັບ

ເລກລູກຄ້າ:

ວັນເດືອນປີເກີດ:

ພາສາ:

ໂຄງການ:

ເພື່ອຈະດຳເນີນຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຢູ່, ທ່ານຕ້ອງ:

☐ ເຮັດການປະເມີນຜົນການຕິດຢາເສບຕິດໃຫ້ແລ້ວ ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-449-0220.

☐ ເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວການຕິດຢາເສບຕິດ ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-449-0220.

☐ ເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບໂຣກຈິດທີ່ພົວພັນນຳສະພາບເສັ້ນປະສາດ ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-449-0200.

☐ ເຂົ້າຮ່ວມໃນການປິ່ນປົວພະຍາບານທີ່ພົວພັນນຳສະພາບເສັ້ນປະສາດ ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-449-0200.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮ່ວມມືນຳໂດຍປາສຈາກເຫດຜົນດີ, ການຊ່ວຍເຫລືອເງິນສົດຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-449-0200 ແລະ 388-449-0220.

ກະຣຸນາໃຫ້ຜູ້ບໍຣິການປິ່ນປົວຂອງການປິ່ນປົວ/ການບໍຣິການຂອງທ່ານຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້.ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານທີ່ຈະເບິ່ງວ່າຟອມທັງຫມົດເຫລົ່ານີ້ຖືກສົ່ງກັບຄືນມາຫາຂ້າພະເຈົ້າກ່ອນວັນທີ .

ສົ່ງກັບຄືນມາຫາ:

ໂທຣະສັບ:

ແຟກຊ์:

ພາກສ່ວນນີ້ຈະຕ້ອງຖືກຂຽນປະກອບໂດຍຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ/ບໍຣິການ

_____ ໄດ້ເອົາໃຫ້ _____ ການປິ່ນປົວ/ບໍຣິການ.

ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ

ວັນທີ ຫລື ເວລາຫ່າງກັນຂອງການມາ: _____

ຜົນຄືບຫນ້າໃນການປິ່ນປົວ: ☐ ດີທີ່ສຸດ ☐ ດີ ☐ ປານກາງ ☐ ບໍ່ດີ

ການເຂົ້າຮ່ວມຂອງລູກຄ້າເປັນທີ່ພໍໃຈບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

_____ ຄວາມເຫັນ

ລາຍເຊັນ ວັນທີ

_____

ຫນ້າທີ່ການ ເລກໂທຣະສັບ

_____

ຫ້ອງການ

_____

ທີ່ຢູ່