STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੂਰਾ ਫਾਰਮ ਤਕ ਲਈ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ

ਗਾਹਕ ਨੰਬਰ:

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:

ਭਾਸ਼ਾ:

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ:

ਨਗਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਾਸਤੇ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

☐ WAC 388-449-0220 **ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਰਸਾਇਣ ਨਿਰਭਰਤਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।**

☐ WAC 388-449-0220 **ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਰਸਾਇਣ ਨਿਰਭਰਤਾ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ।**

☐ WAC 388-449-0200 **ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਮਰਥ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ।**

☐ WAC 388-449-0200 **ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਮਰਥ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ।**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਸਹਿਯੋਗ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ WAC 388-449-0200 **ਅਤੇ** 388-449-0220 **ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਗਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਬੰਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।**

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ/ਸੇਵਾ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਵਾਓ। ਇਹ ਦੇਖਣਾ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਪੂਰਾ ਫਾਰਮ ਮੈਨੂੰ ਤਕ ਵਾਪਸ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ:

ਫੋਨ:

ਫੈਕਸ:

ਇਹ ਭਾਗ ਇਲਾਜ/ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਦੁਆਰਾ ਭਰੇ ਜਾਣ ਲਈ ਹੈ

_____ **ਨੇ** _____ **ਇਲਾਜ/ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ।**

ਪ੍ਰਦਾਨਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਹਾਜ਼ਰੀ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਵਾਰਵਾਰਤਾ _____

ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਗਤੀ: ☐ **ਸ਼ਾਨਦਾਰ** ☐ **ਚੰਗੀ** ☐ **ਠੀਕ** ☐ **ਮਾੜੀ**

ਇਸ ਗਾਹਕ ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਹੈ? ☐ **ਹਾਂ** ☐ **ਨਹੀਂ**

_____ **ਟਿੱਪਣੀਆਂ**

ਦਸਤਖਤ **ਤਾਰੀਖ਼**

_____

ਸਿਰਲੇਖ **ਫੋਨ ਨੰਬਰ**

_____

ਏਜੰਸੀ

_____

ਪਤਾ