STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Lütfen formu en geç tarihine kadar iade edin

Müşteri No:

Doğum Tarihi:

Dil:

Program:

Para yardımına hak kazanmaya devam etmek için aşağıdaki koşulları karşılamalısınız:

☐ WAC 388-449-0220 gereğince kimyasal bağımlılık değerlendirmesini tamamlamalısınız.

☐ WAC 388-449-0220 gereğince kimyasal bağımlılık tedavisine katılmalısınız.

☐ WAC 388-449-0200 gereğince engelleyici konumunuzla ilgili olarak akıl sağlığı tedavisine katılmalısınız.

☐ WAC 388-449-0200 gereğince engelleyici konumunuzla ilgili olarak ilaç tedavisine katılmalısınız.

Makul bir neden olmadan işbirliği yapmazsanız WAC 388-449-0200 ve 388-449-0220 gereğince para yardımınız sona erebilir. Lütfen size tedavi/hizmet veren tedarikçinin bu formu doldurmasını sağlayın. Bu formun tamamını doldurtarak tarihine kadar bana iade edilmesi sorumluluğu size aittir.

İade edilecek kişi:

Telefon:

Faks:

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE TREATMENT / SERVICE PROVIDER
(BU BÖLÜM TEDAVİ/HİZMET TEDARİKÇİSİNCE DOLDURULACAKTIR)

_____provided _____ treatment / service.

PROVIDER NAME (TEDARİKÇİ ADI)

Dates or frequency of attendance: _____
(Katıldığı tarihler veya katılma sıklığı)

Progress in treatment (Tedavide ilerleme): ☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

This client's participation is satisfactory? (Bu müşterinin katılımı tatminkâr mıdır?) ☐ Yes ☐ No

NOTLAR

_____ _____
İMZA TARİH

_____ _____
UNVAN TEL. NO

_____
KURUM

_____
ADRES