STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Xin vui lòng gởi lại toàn bộ đơn này trước ngày cho

Số Thân Chủ:

NGÀY SANH:

Ngôn Ngữ:

Chương Trình:

Để duy trì điều kiện hợp lệ cho trợ cấp tiền mặt, quý vị phải:

☐ Hoàn tất một cuộc thẩm định về việc nghiện ma túy theo đạo luật WAC 388-449-0220.

☐ Tham gia trong việc điều trị nghiện ma túy theo đạo luật WAC 388-449-0220.

☐ Tham gia trong việc điều trị y tế tâm thần liên quan tới tình trạng tật nguyền của quý vị theo đạo luật WAC 388-449-0200.

☐ Tham gia trong việc điều trị y tế liên quan tới tình trạng tật nguyền của quý vị theo đạo luật WAC 388-449-0200.

Nếu quý vị không hợp tác mà không có lý do chính đáng, trợ cấp tiền mặt của quý vị có thể bị chấm dứt theo đạo luật WAC 388-449-0200 và 388-449-0220.

Xin vui lòng để bác sĩ điều trị việc trị liệu/dịch vụ của quý vị điền đơn này. Trách nhiệm của quý vị là gởi toàn bộ đơn này lại cho tôi trước ngày .

Gởi tới:

Điện Thoại:

Fax:

PHẦN NÀY PHẢI DO BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ / DỊCH VỤ ĐIỀN

_____ đã cung cấp _____ việc điều trị / dịch vụ.

TÊN BÁC SĨ

Số ngày hay mức độ thường xuyên tham gia: _____

Sự tiến bộ trong việc điều trị: ☐ Tuyệt Vời ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Tệ

Việc tham gia của thân chủ này có đạt yêu cầu không? ☐ Có ☐ Không

Ý KIẾN

_____

CHỮ KÝ NGÀY

_____

CHỨC VỤ SỐ ĐIỆN THOẠI

_____

CƠ QUAN

_____

ĐỊA CHỈ