



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자/의뢰인 번호: _____

사례 담당자: _____

언어: _____

프로그램: _____

다음과 같이 귀하가 협조하지 않은 이유에 관해 말씀 드리고자 합니다.

- _____ 일자 서신에서 요청한 대로 화학물질 의존성 평가를 받지 않은 이유
 - _____ 일자 서신에서 요청한 대로 화학물질 의존성 치료를 받지 않은 이유
 - _____ 일자 서신에서 요청한 대로 의료 또는 정신건강 치료를 받지 않은 이유
- 협조할 수 없는 합당한 이유를 제공하지 않을 경우 WAC 388-449-0220 에 따라 귀하의 현금보조금이 중단될 것입니다.

협조하지 않으신 이유를 다음과 같이 반드시 알려주십시오.

- _____, _____ 에 저를 만나 협조하지 않으신 이유를 말씀해 주십시오.
(날짜) (시간)
- _____까지 _____(으)로 전화해 협조하지 않으신 이유를 알려 주십시오.

협조하지 않으신 것에 대한 해명 서신을 _____, _____까지 제출하십시오. 의사의 소견서 등, 서신을 보내실 때 귀하의 해명을 뒷받침할 수 있는 것이 있으면 같이 보내주십시오.

비고:

_____ 장애관련 업무 담당자

전화: _____

CSO: _____