



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del cliente: \_\_\_\_\_

Trabajador del caso: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Me gustaría conversar con usted acerca de por qué no cooperó con:

- Completar una evaluación de dependencia química como se requirió en la carta con fecha de \_\_\_\_\_.
- Completar un tratamiento de dependencia química como se requirió en la carta con fecha de \_\_\_\_\_.
- Tratamiento médico o de salud mental, como se requiere en la carta con fecha de \_\_\_\_\_.

Su asistencia en efectivo terminará a menos que brinde una buena razón para no cooperar según WAC 388-449-0220.

---

Para conversar acerca del motivo por el cual no cooperó, usted debe:

- Reunirse conmigo el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ para conversar acerca del motivo por el cual usted no cooperó. (FECHA) (HORA)
- Comunicarse conmigo al \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ para conversar acerca del motivo por el cual usted no cooperó.

También puede enviarme por escrito una explicación del motivo por el cual usted no cooperó hasta el día \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Incluya en su carta cualquier prueba que tenga, por ejemplo la declaración de un médico.

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
Especialista en Discapacidad

Teléfono: \_\_\_\_\_

CSO: \_\_\_\_\_