STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Ngày:

Số Thân Chủ: _____

Cán Sự Thụ Lý: _____

Ngôn Ngữ: _____

Chương Trình: _____

Tôi muốn nói chuyện với quý vị về sự việc tại sao quý vị đã không hợp tác với việc:

☐ Hoàn tất một cuộc thẩm định về sự nghiện ngập theo yêu cầu trong lá thư đề ngày _____.

☐ Hoàn tất việc cai nghiện theo yêu cầu trong lá thư đề ngày _____.

☐ Điều trị sức khỏe hoặc sức khỏe tâm thần theo yêu cầu trong lá thư đề ngày _____.

Trợ cấp tiền mặt của quý vị sẽ chấm dứt trừ phi quý vị cho một lý do chính đáng về việc không hợp tác theo đạo luật WAC 388-449-0220.

Để nói về sự việc tại sao quý vị đã không hợp tác, quý vị phải:

☐ Gặp tôi vào ngày _____, _____ để nói về sự việc tại sao quý vị đã không hợp tác.
(NGÀY) (THỜI GIAN)

☐ Gọi cho tôi lúc _____trước _____để thảo luận lý do tại sao quý vị đã không hợp tác.

Quý vị cũng có thể gởi cho tôi một lá thư giải thích lý do quý vị đã không hợp tác trước _____, _____. Nộp thêm bất cứ bằng chứng nào quý vị có, chẳng hạn như một chứng từ của bác sĩ, cùng với lá thư của quý vị.

Đóng góp ý kiến:

_____ Điện Thoại: _____
Chuyên Gia Xem Xét Về Việc Không Đủ Tư Cách

CSO: _____