



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Идентификационный номер клиента:

Программа:

**Проверка для подтверждения нетрудоспособности на предмет предоставления пособий по Программе предоставления жилья и пособий на первоочередные нужды (HEN)
Housing and Essential Needs (HEN) Referral Incapacity Review**

Пришло время для проведения проверки для подтверждения вашей нетрудоспособности на предмет предоставления пособий по Программе HEN. Для решения вопроса о том, продолжает ли состояние вашего здоровья препятствовать вашей трудовой деятельности в соответствии с положениями WAC 388-447-0110, нам требуется текущая медицинская документация. Если мы не получим эту информацию к _____, то предоставление вам пособий по Программе HEN будет завершено с _____.

Предоставьте нам, пожалуйста, следующую информацию:

- Попросите, пожалуйста, своих поставщиков медицинских и (или) психиатрических услуг (то есть, врачей и (или) соответствующие учреждения) предоставить текущую медицинскую документацию. Вы или ваш врач можете выслать копии текущих записей из истории болезни или заполненные формы обследования в прилагаемом конверте для возврата корреспонденции. Форму психологического/психиатрического обследования (form 13-865) можно загрузить с вебсайта <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>.

Позвоните мне, если у вас или вашего врача есть вопросы или вам требуется помощь в получении необходимой медицинской документации.

СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛА ПОСОБИЙ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Отдел социального обеспечения