



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

请于 _____ 之前将完整的表格寄还, 以便

当事人身份识别号码:

个案管理员:

语言:

要保持获得住房与基本需求补助计划服务转介的资格, 您必须:

完成一项药物依赖症评估。

参与药物依赖症治疗。

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-447-0120 之规定, 如果您未完成药物依赖症评估或未参与药物依赖症治疗, 且无正当理由, 您将失去基本住房与需求补助计划服务转介的资格。

请让您的药物依赖症治疗服务提供者填妥此表格。您必须于 _____ 之前将此表格寄达本处。

回函请寄至:

电话:

传真:

此部分内容必须由药物依赖症评估/治疗服务提供者填妥。

_____ 曾于下列日期接受评估或治疗:

您对此位服务对象参与治疗的情况是否感到满意? 是 否

根据安排, 此位服务对象何时将完成其治疗方案? _____

批语:

签名 日期

职务 电话号码

机构名称

地址