STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ਮਿਤੀ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੂਰਾ ਫਾਰਮ ਤਕ ਲਈ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ

ਗਾਹਕ ਆਈਡੀ:

ਕੇਸ ਵਰਕਰ:

ਭਾਸ਼ਾ:

ਹਾਉਸਿੰਗ ਐਂਡ ਇਸੈਂਸ਼ਿਅਲਸ ਨੀਡਜ਼ (HEN) ਰੈਫਰਲ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਾਸਤੇ, ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

☐ ਰਸਾਇਣ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

☐ ਰਸਾਇਣ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਵੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ WAC 388-447-0120 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕਿਸੇ ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਰਸਾਇਣ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਸਾਇਣ ਨਿਰਭਰਤਾ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ HEN ਰੈਫਰਲ ਯੋਗਤਾ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਰਸਾਇਣ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਵਾਓ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ:

ਫੋਨ:

ਫੈਕਸ:

ਉਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰਸਾਇਣ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਮੁਲਾਂਕਣ/ਇਲਾਜ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

_____ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ 'ਤੇ ਇੱਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ:

_____

ਕੀ ਇਹ ਗਾਹਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਭਾਗ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਇਸ ਗਾਹਕ ਦਾ ਇਲਾਜ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਦੋਂ ਸਮਾਪਤ ਹੋਣਾ ਨਿਯਤ ਹੈ? _____

ਟਿੱਪਣੀਆਂ:

_____ _____

ਦਸਤਖਤ ਤਾਰੀਖ਼

_____

ਸਿਰਲੇਖ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

_____

ਏਜੰਸੀ

_____

ਪਤਾ