STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Верните полностью заполненную форму к на

Идентификационный номер клиента:

Курирующий социальный работник:

Язык:

Чтобы сохранить право на помощь в оплате за жилье и обеспечении основных потребностей (Housing and Essential Needs (HEN) Referral), вам необходимо:

☐ Пройти обследование на предмет зависимости от наркотических и химических веществ.

☐ Принять участие в лечении от зависимости от наркотических и химических веществ.

Ваше право на помощь по программе HEN Referral может быть аннулировано, если вы не пройдете исследование на предмет зависимости от наркотических или химических веществ или не примете участия в лечении от зависимости от наркотических и химических веществ без уважительной причины в соответствии с WAC 388-447-0120.

Попросите вашего поставщика услуг в рамках лечения от зависимости от наркотических или химических веществ заполнить настоящую форму. Заполненную форму необходимо вернуть до .

Верните заполненную форму в:

Телефон:

Факс:

Этот раздел должен быть заполнен вашим поставщиком услуг в рамках обследования / лечения от зависимости от наркотических или химических веществ.

_____ посещала мероприятия в рамках обследования или лечения в следующие дни:

_____

Удовлетворены ли вы участием данного клиента в мероприятиях? ☐ Да ☐ Нет

Когда данный клиент должен закончить курс лечения? _____

Комментарии:

_____ _____

ПОДПИСЬ ДАТА

_____ _____

ДОЛЖНОСТЬ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

_____

ВЕДОМСТВО

_____

АДРЕС