STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Por favor devuelva todo el formulario a más tardar el para

ID del cliente:

Asistente social:

Idioma:

Para seguir siendo elegible para ser remitido a Vivienda y Necesidades Esenciales (por sus siglas en inglés, HEN"), usted debe:

☐ Completar una evaluación de dependencia a sustancias.

☐ Participar en tratamiento para la dependencia a sustancias.

Su elegibilidad para remisión a HEN puede finalizar si no cumple con completar una evaluación de dependencia a sustancias o participar en un tratamiento para la dependencia a sustancias sin buena causa, en los términos de WAC 388-447-0120.

Por favor haga que el proveedor de su tratamiento de dependencia a sustancias conteste este formulario. Debe entregar este formulario a más tardar el .

Entregar a:

Teléfono:

Fax:

Esta sección debe ser llenada por su proveedor de evaluación/tratamiento para dependencia a sustancias.

_____ fue recibido para una evaluación o tratamiento en las siguientes fechas:

_____

¿Este cliente está participando satisfactoriamente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo está programada la conclusión del programa de tratamiento de este cliente? _____

Comentarios:

_____ _____
FIRMA FECHA

_____
PUESTO NÚMERO TELEFÓNICO

_____
AGENCIA

_____
DIRECCIÓN