STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자/의뢰인 ID:

언어:

☐ 화학물질 의존성 평가를 완전히 받았다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 다음 날짜까지 제공해 주십시오. _____.
날짜

☐ 귀하는 약물 또는 알코올 의존자로 평가되었습니다. 화학물질 의존성 치료를 받고 있다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 다음 날짜까지 제공해 주십시오. _____
날짜

요구한 대로 화학물질 의존성 평가와 치료를 완전히 받지 않을 경우 WAC 388-447-0120 에 따라 귀하의 거주지 및 주요 생활 필수품(Housing and Essential Needs, HEN) 의뢰 자격이 종결될 수 있습니다.

거주 지역 내 화학물질 의존성 평가와 치료 제공기관:

질문이 있거나 공인 화학물질 의존성 평가와 치료 제공기관을 찾는데 도움이 필요하면 제게 전화주십시오.

_____ _____
장애 관련 업무 담당자 전화번호

_____ _____ 보사부 사무처(CSO)
시간