STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Идентификационный номер клиента:

Язык:

☐ Вы обязаны предоставить подтверждение того, что вы прошли обследование на предмет химической зависимости до _____.
ДАТА

☐ По результатам обследования установлено, что вы страдаете наркотической или алкогольной зависимостью. Вы обязаны предоставить подтверждение того, что вы проходите курс лечения от химической зависимости до _____.
ДАТА

Если вы не завершите обследование и лечение в соответствии с требованиями, ваше право на Жилищное пособие и первоочередные нужды (HEN) может закончиться в соответствии с WAC 388-447-0120.

Оценка химической зависимости и поставщики лечения в вашем регионе включают:

Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы или если вам нужна помощь в поиске сертифицированной оценки химической зависимости или поставщика лечения.

_____ _____
СПЕЦИАЛИСТ ПО РАБОТЕ С НЕТРУДОСПОСОБНЫМИ ЛИЦАМИ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

_____ _____ Отдел социального обеспечения
ВРЕМЯ