



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: _____

Язык: _____

Программа: _____

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

Результаты обследования по выявлению зависимости от психоактивных веществ указывают на необходимость лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Вы обязаны: представить подтверждение того, что вы проходите подобный курс лечения, до _____.
ДАТА

Если вы не прошли обследование или оценку в соответствии с требованиями программы получения денежных пособий по программе помощи пожилым, слепым и инвалидам (Aged, Blind or Disabled, ABD) или программы помощи беременным женщинам (Pregnant Women's Assistance, PWA), то предоставление помощи может быть аннулировано в соответствии с WAC 388-449-0220.

Ниже приведены наименования и адреса некоторых специалистов и учреждений, занимающихся обследованием и лечением химической зависимости в вашем районе:

Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в поиске сертифицированных специалистов и учреждений, занимающихся обследованием и лечением химической зависимости.

_____ Телефон: _____

РАБОТНИК СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ВРЕМЯ

CSO: _____