



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número de cliente: _____

Idioma: _____

Programa: _____

Debe entregar comprobantes de que ha completado una valoración de dependencia a sustancias químicas a más tardar el _____.
FECHA

Su valoración de dependencia a sustancias químicas recomienda que complete un tratamiento para trastorno del consumo de sustancias. Usted debe entregar comprobantes de que está participando en el tratamiento a más tardar el _____.
FECHA

Si usted no completa una valoración y/o un tratamiento según lo exigido, su asistencia en efectivo de Ancianos, Ciegos o Discapacitados (por sus siglas en inglés, "ABD") o de Asistencia para Mujeres Embarazadas (por sus siglas en inglés, "PWA") puede terminar según WAC 388-449-0220.

Los proveedores de tratamientos y valoraciones de dependencia a sustancias químicas en su área son:

No dude en llamarme si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para encontrar un proveedor certificado de tratamientos o valoraciones de dependencia a sustancias químicas.

Teléfono: _____

ESPECIALISTA DE SERVICIO SOCIAL

HORA

CSO: _____