



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número del cliente: _____

Idioma: _____

Programa: _____

Debe brindar prueba de que ha completado una evaluación de dependencia química antes del _____.
FECHA

Usted ha sido evaluado como un dependiente de drogas o alcohol. Debe brindar prueba de que está participando en un tratamiento para la dependencia química antes del _____.
FECHA

Si usted no completa una evaluación y/o un tratamiento tal como se exige, su asistencia en efectivo de Ancianos, Ciegos o Discapacitados (ABD) puede terminar según WAC 388-449-0220.

Los proveedores de tratamientos y evaluaciones de dependencia química en su área son:

No dude en llamarme si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para encontrar un proveedor certificado de tratamientos o evaluaciones de dependencia química.

ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD HORA

Teléfono: _____

CSO: _____