



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자 번호: _____

언어: _____

프로그램: _____

장애에 근거해 귀하에게 현금보조금이 제공되고 있습니다. 당국은 고령자, 시각장애인 또는 각종 장애인(ABD) 프로그램에 대한 귀하의 수혜자격을 다음과 같이 검토합니다.

- 최소한 24 개월마다.
- 사회보장국(SSA)에서 귀하의 SSI 또는 SSDI 신청을 거부하는 경우.

당국은 귀하의 현 장애여부를 증명할 수 있는 의료기록이 필요합니다. 의료기록을 제출하지 않으면 귀하의 ABD 현금 보조금은 WAC 388-449-0150 에 따라 종료됩니다. 의료기록은 WAC 388-449-0010 에 정의된 기준에 부합해야 합니다.

해당 정보를 _____ 까지 저희가 받지 못하면 귀하의 ABD 현금보조금은 _____ 에 종결됩니다 당. 반드시 다음 정보를 제공해 주십시오.

- 귀하의 의료 서비스 및/또는 정신건강 서비스 제공자에게 현 의료기록을 요청하십시오. 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 차트 기록이나 평가서를 반환용 봉투에 넣어 보내주시면 됩니다. 심리/정신과 평가(DSHS 양식 13-865)는 <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>에서 다운로드하실 수 있습니다.

본 의료기록을 구하는데 도움이 필요하시거나 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 질문이 있으실 경우 저에게 문의하여주십시오.

장애 전문가

전화번호: _____

커뮤니티 사무소: _____