STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

تاریخ:

کلائنٹ نمبر: _____

زبان: _____

پروگرام: _____

آپ معذوری کی بنیاد پر نقد امداد حاصل کر رہے ہیں۔ ہم زیادہ عمر، بصارت کے مسائل، یا معذوری (ABD) پروگرام کے تناظر میں آپ کی اہلیت کا جائزہ لیتے ہیں:

☐ کم از کم ہر 24 مہینوں میں۔

☐ جب سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (SSA) آپ کی SSI یا SSDI کے لئے درخواست سے انکار کرتے ہیں۔

ہمیں آپ کی معذوری کے نقائص کے موجودہ طبی ثبوت کی ضرورت ہے یا آپ کے ABD نقدی فوائد فی WAC 388-449-0150 ختم ہو جائیں گے۔ طبی ثبوت کا لازماً WAC 388-449-0010 میں وضاحت کردہ معیار پر پورا اترنا لازمی ہے۔

اگر ہمیں یہ معلومات _____ تک نہیں ملتی ہے تو، آپ کے ABD نقدی فوائد _____ پر ختم ہو جائیں گے۔

آپ لازماً مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں:

☐ موجودہ طبی ثبوت فراہم کرنے کے لئے براہ کرم اپنے طبی اور/یا ذہنی صحت کے فراہم کار سے دریافت کریں۔ آپ یا آپ کا فراہم کار منسلکہ واپسی کے لفافے میں چارٹ نوٹس یا تشخیصی فارم میل کر سکتے ہیں۔ نفسیاتی / نفسیاتی تشخیص (DSHS فارم 13-865) ڈاؤن لوڈ کیلءے https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms پر دستیاب ہے۔

اگر آپ کو یہ طبی ثبوت حاصل کرنے کی ضرورت ہے یا اگر آپ یا آپ کا فراہم سوال پوچھنا چاہتے ہیں تو براہ مہربانی مجھے کال کریں۔

_____ فون نمبر: _____

معذوری سے متعلق خصوصی ماہر

کمیونٹی سروسز آفس: _____