



STATE OF WASHINGTON (ولاية واشنطن)

Department of Social and Health Services (إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية)

Aged, Blind, or Disabled Program (برنامج المسنين والمكفوفين وذوي الإعاقة) (ABD)
المشاركة في العلاج الطبي

التاريخ

رقم العميل:

تاريخ الميلاد:

اللغة:

مرحبًا ،

لكي تظل مؤهلًا Aged, Blind, or Disabled Program (لبرنامج المسنين والمكفوفين وذوي الإعاقة) (ABD)، يجب عليك اتباع ما يلي:

المشاركة في علاج الصحة النفسية لحالة الإعاقة لديك بحسب WAC 388-449-0200.

المشاركة في العلاج الطبي لحالة الإعاقة لديك بحسب WAC 388-449-0200.

في حالة عدم مشاركتك في العلاج دون سبب وجيه لذلك، فقد تنتهي المساعدة التابعة لبرنامج المسنين والمكفوفين وذوي الإعاقة (ABD).

يُرجى التواصل معي بحلول _____ لمناقشة العلاج الذي تتلقاه. إذا كنت بحاجة للمساعدة للحصول على العلاج أو إيجاد مقدم رعاية، فأخبرني بذلك وسأحاول مساعدتك.

عندما تتصل بي، سنتحدث عن الأمور التالية:

1. حالاتك الصحية التي تجعل من العمل أمرًا صعبًا بالنسبة لك.
2. مقدمو الرعاية الذين تتابع معهم علاجك.
3. عدد مواعيدك المحددة مع مقدمي الرعاية لك.
4. ما يمكنني فعله للمساعدة في دعم علاجك.

شكرًا لك. أتطلع إلى التواصل معك.

رقم هاتف

DISABILITY SPECIALIST (أخصائي الإعاقة)

COMMUNITY SERVICES OFFICE (مكتب الخدمات المجتمعية)