



华盛顿州

华盛顿州社会和健康服务部

老年人、盲人和残疾人 (ABD) 计划 医疗参与

日期

客户编号:

出生日期:

语言:

您好 _____,

要保持老年人、盲人和残疾人 (ABD) 计划的参与资格, 您必须:

根据 WAC 388-449-0200, 参与针对残疾状况的心理健康治疗。

根据 WAC 388-449-0200, 参与针对残疾状况的医疗治疗。

如果您在没有充分理由的情况下不参与治疗, 您的 ABD 援助可能会终止。

请致电 _____ 与我联系, 以讨论您正在接受的治疗。如果您获取治疗或寻找医疗服务提供商方面的协助, 请与我联系, 我会尽量协助您。

如果您联系我, 我们将讨论以下事项:

1. 使得您工作遇到困难的健康状况。
2. 目前正在为您提供服务的医疗服务提供商。
3. 您多长时间见一次医疗服务提供商。
4. 在治疗方面, 您需要我提供什么样的援助。

谢谢。期待与您联系。

残障专员

电话号码

社区服务办公室