



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

노인, 시각 장애인, 장애인 (ABD) 프로그램
의료 치료 참여

날짜

클라이언트 번호:

생년월일:

언어:

안녕하세요 님,

노인, 시각 장애인 또는 장애인 (ABD) 프로그램의 자격을 유지하려면 아래와 같이 진행하십시오.

WAC 388-449-0200에 따라 장애를 치료하기 위한 정신 건강 치료에 참여하십시오.

WAC 388-449-0200에 따라 장애를 치료하기 위한 의료적인 치료에 참여하십시오.

정당한 사유 없이 치료에 참여하지 않으면 ABD 지원이 종료될 수 있습니다.

현재 받고있는 치료에 대해 상담하려면 _____ 를 통해 저에게 연락하십시오. 치료를 받거나 제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 연락해주시면 도와 드리겠습니다.

저에게 연락해주시면 다음에 대해 상담해 드립니다.

1. 근무를 어렵게 만드는 건강 상태.
2. 치료를 위해 필요한 제공자.
3. 서비스 제공자와의 예약 빈도
4. 귀하의 치료 지원을 위해 할 수 있는 일.

감사합니다. 언제든지 연락하십시오.

장애 상담 전문가

전화번호

커뮤니티 서비스 사무소