



STATE OF WASHINGTON (ایالت واشنگتن)

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی)

شرکت در درمان پزشکی برنامه Aged, Blind, or Disabled Program (برنامه سالمندان، نابینایان، یا معلولین) (ABD)

تاریخ

شماره مشتری:

تاریخ تولد:

زبان:

با عرض سلام خدمت ،

برای این که همچنان واجد شرایط برنامه Aged, Blind or Disabled Program (برنامه سالمندان، نابینایان، یا معلولین) (ABD) باشید، باید:

در درمان سلامت روان برای بیماری ناتوانکننده خود بر طبق WAC 388-449-0200 شرکت کنید.

در درمان پزشکی برای بیماری ناتوانکننده خود بر طبق WAC 388-449-0200 شرکت کنید.

اگر بدون دلیل موجه در درمان شرکت نکنید، کمک ABD شما ممکن است خاتمه یابد.

لطفاً از طریق _____ با من تماس بگیرید تا در مورد درمانی که دریافت می‌کنید صحبت کنیم. اگر برای قرار گرفتن تحت درمان یا یافتن ارائه‌دهنده خدمات درمانی به کمک نیاز دارید، به من اطلاع دهید؛ بنده سعی خواهم کرد که به شما کمک کنم.

وقتی با من تماس بگیرید، درباره مسائل زیر صحبت خواهیم کرد:

1. مشکلات سلامتی که کار کردن را برای شما مشکل می‌کنند.
2. ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که برای درمان با آنها ملاقات می‌کنید.
3. هر چند وقت یکبار با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خود نوبت ویزیت دارید.
4. برای حمایت از شما در روند درمان چه کمکی از من برمی‌آید.

با تشکر. منتظر ارتباط با شما هستم.

شماره تلفن

DISABILITY SPECIALIST (متخصص معلولین)

COMMUNITY SERVICES OFFICE (دفتر خدمات اجتماعی)