



ШТАТ ВАШИНГТОН

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**Программа для престарелых, слабовидящих или инвалидов (ABD)
Участие в медицинском лечении**

Дата

Идентификационный
номер клиента:

Дата
рождения:

Язык:

Здравствуйте _____ ,

Для продолжения участия в программе для престарелых, слабовидящих или инвалидов (ABD) необходимо:

- Проходить лечение психических расстройств в связи с заболеванием согласно WAC 388-449-0200.
- Проходить лечение в связи с заболеванием согласно WAC 388-449-0200.

Если у вас отсутствуют соответствующие причины для проведения лечения, ваше участие в программе ABD может быть прекращено.

Свяжитесь со мной _____ , чтобы обсудить получаемое вами лечение. Если вам требуется помощь с получением лечения или поиском поставщика услуг, дайте мне знать и я окажу вам помощь.

Свяжитесь со мной и мы поговорим о следующем:

1. Состояние вашего здоровья затрудняет вашу работу.
2. Поставщики услуг, к которым вы обращаетесь за лечением.
3. Частота приемов у поставщиков услуг.
4. Что я могу сделать, чтобы помочь вам с лечением.

Благодарим Вас. Жду вашего отклика.

СПЕЦИАЛИСТ ПО ВОПРОСАМ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ