



ESTADO DE WASHINGTON
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Ancianos, ciegos o discapacitados (ABD)
Programa de participación en el tratamiento médico

Fecha:

Número de cliente:

Fecha de nacimiento:

Idioma:

Hola _____,

Para seguir siendo elegible para el programa de personas mayores, ciegas o discapacitadas (ABD), usted debe:

- Participar en el tratamiento de salud mental destinado a su condición de discapacitado, según el WAC 388-449-0200.
- Participar en el tratamiento médico destinado a su condición de discapacitado según el WAC 388-449-0200.

Si usted no participa en el tratamiento sin una razón justificada, su ayuda de ABD puede terminar.

Por favor, póngase en contacto conmigo por _____ para discutir el tratamiento que está recibiendo. Si usted necesita ayuda para obtener tratamiento o encontrar un proveedor, hágamelo saber y trataré de ayudarle.

Cuando se ponga en contacto conmigo, hablaremos sobre lo siguiente:

1. Sus condiciones de salud que le dificultan trabajar.
2. Los proveedores a los que usted acude para recibir tratamiento.
3. La frecuencia con la que tiene citas con sus proveedores.
4. Lo que puedo hacer para ayudar a su tratamiento.

Gracias. Estoy deseando ponerme en contacto con usted.

ESPECIALISTA EN DISCAPACIDADES

NÚMERO DE TELÉFONO

OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS