STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

กรุณาส่งคืนแบบฟอร์มทั้งหมดภายใน เพื่อ

เลขประจำตัวผู้รับบริการ:

วันเดือนปีเกิด:

ภาษา:

แผนงาน:

เพื่อเป็นการรักษาสิทธิประโยชน์ทางการเงิน ท่านต้องปฏิบัติดังนี้

☐ เข้ารับการประเมินการพึ่งพาสารเคมีตาม WAC 388-449-0220 ให้เสร็จสมบูรณ์

☐ เข้าร่วมในการรักษาการพึ่งพาสารเคมีตาม WAC 388-449-0220

☐ เข้าร่วมในการรักษาทางจิตเกี่ยวกับความทุพพลภาพของท่านตาม WAC 388-449-0200

☐ เข้าร่วมในการรักษาทางการแพทย์เกี่ยวกับความทุพพลภาพของท่านตาม WAC 388-449-0200

หากท่านไม่ให้ความร่วมมือโดยปราศจากเหตุผลอันสมควร สิทธิประโยชน์ทางการเงินของท่านอาจจะสิ้นสุดลงตาม WAC 388-449-0200 และ 388-449-0220

กรุณาให้ผู้ให้การรักษา/ให้บริการของท่านกรอกแบบฟอร์มนี้ ท่านมีหน้าที่ดูแลในการส่งคืนแบบฟอร์มทั้งหมดนี้ให้กับข้าพเจ้าภายใน

.

ส่งกลับให้แก่:

โทรศัพท์:

โทรสาร:

ส่วนนี้ให้กรอกโดยผู้ให้การรักษา/ให้บริการ

_____ ที่จัดหาให้ _____ การรักษา/บริการ.

ชื่อผู้ให้การรักษา/ให้บริการ

ช่วงวันที่หรือความถี่ในการให้การรักษา/ให้บริการ: _____

ความก้าวหน้าในการรักษา: ☐ ดีเยี่ยม ☐ ดี ☐ ธรรมดา ☐ ไม่ดี

การเข้าร่วมของผู้รับบริการมีความน่าพึงพอใจหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ใช่

ความคิดเห็น:

_____

ลายมือชื่อ วันที่

_____

ตำแหน่ง หมายเลขโทรศัพท์

_____

หน่วยงาน

_____

ที่อยู่