



รัฐวอชิงตัน

กรมบริการชุมชนและสุขภาพ

การเข้าร่วมการรักษาทางการแพทย์ในโครงการ
เพื่อผู้ชรา ผู้มีความพิการทางสายตา หรือผู้ทุพพลภาพ (ABD Program)

วันที่

หมายเลขรหัสลูกค้า:

วันเกิด:

ภาษา:

กราบเรียนคุณ

เพื่อคงสิทธิในการเข้าร่วมโครงการเพื่อผู้ชรา ผู้มีความพิการทางสายตา หรือผู้ทุพพลภาพ (ABD Program) ท่านจะต้อง

เข้าร่วมการรักษาสุขภาพจิตตามภาวะความทุพพลภาพของท่านตาม WAC 388-449-0200.

เข้าร่วมการรักษาสุขภาพกายตามภาวะความทุพพลภาพของท่านตาม WAC 388-449-0200.

หากท่านไม่เข้าร่วมการรักษาโดยปราศจากเหตุผลประกอบที่เหมาะสม สิทธิความช่วยเหลือตามโครงการ ABD ของท่านจะสิ้นสุดลง

โปรดติดต่อเราที่ _____ เพื่อพูดคุยถึงรายละเอียดการรักษาที่ท่านจะได้รับ

หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการรับการรักษาหรือเสาะหาผู้ให้การรักษา โปรดแจ้งให้ทราบเพื่อให้ทางเราดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

เมื่อท่านติดต่อเข้ามา เราจะสอบถามข้อมูลต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการทำงานของท่าน
2. ผู้ให้การรักษาที่ท่านเข้ารับการรักษาด้วยในปัจจุบัน
3. ความถี่ของการนัดหมายกับผู้ให้การรักษา
4. สิ่งที่เราสามารถสนับสนุนได้ในการรักษาของท่าน

ขอขอบคุณ เราจะตั้งตารอการติดต่อจากท่าน

ผู้เชี่ยวชาญด้านความทุพพลภาพ

หมายเลขโทรศัพท์

สำนักงานบริการชุมชน