



WASHINGTON EYALETİ
SOSYAL VE SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Yaşlı, Kör veya Engelli (YKE) Programı
Tıbbi Tedavisine Katılım

Tarih

Müşteri Numarası:

Doğum Tarihi:

Dil:

Merhaba ,

Yaşlı, Kör veya Engelli (YKE) programına uygunluğunuzu korumak için aşağıdaki şartları karşılamanız gerekir:

- Engellilik durumunuz için WAC 388-449-0200 uyarınca ruh sağlığı tedavisine katılmak.
- Engellilik durumunuz için WAC 388-449-0200 uyarınca tıbbi tedaviye katılmak.

Geçerli bir nedeniniz olmaksızın tedaviye katılmamanız halinde YKE desteğiniz sona erebilir.

Aldığınız tedavi hakkında görüşme yapmak istiyorsanız lütfen _____ üzerinden benimle iletişime geçin. Tedavi almak veya bir sağlayıcı bulmak için yardıma ihtiyaç duyuyorsanız size yardımcı olabilmem için lütfen beni bilgilendirin.

Benimle iletişime geçtiğinizde aşağıdakiler hakkında konuşacağız:

1. Çalışmanızı zorlaştıran sağlık koşullarınız.
2. Tedavi için görüştüğünüz tedarikçiler.
3. Tedarikçilerinizle ne sıklıkta randevulaştığınızı.
4. Tedavinizi desteklemek için benim neler yapabileceğim.

Teşekkürler. Yanıtınızı bekliyorum.

ENGELLİ UZMANI

TELEFON NUMARASI

TOPLUM HİZMETLERİ OFİSİ