



ШТАТ ВАШИНГТОН

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНИХ ТА ОЗДОРОВЧИХ ПОСЛУГ

**Програма для літніх людей, незрячих та людей з обмеженими
можливостями
Участь у медичному лікуванні**

Дата

Номер клієнта:

Дата народження:

Мова:

Вітаємо !

Щоб і надалі мати право брати участь у програмі для літніх людей, незрячих та людей з обмеженими можливостями (ABD), Ви повинні:

Взяти участь у лікуванні психічних розладів щодо свого інвалідизуючого захворювання згідно з WAC 388-449-0200.

Взяти участь у лікуванні свого інвалідизуючого захворювання згідно з WAC 388-449-0200.

Якщо Ви не братимете участь у лікуванні без поважних причин, допомога за програмою ABD може бути припинена.

Будь ласка, зверніться до мене _____ для обговорення лікування, яке Ви одержуєте. Якщо Вам потрібна допомога в лікуванні чи пошуку постачальника лікувальних послуг, дайте мені знати, і я спробую Вам допомогти.

Якщо Ви зв'яжетеся зі мною, ми поговоримо про:

1. Ваші стани здоров'я, які ускладнюють Вам роботу.
2. Постачальників лікувальних послуг, до яких Ви звертаєтесь.
3. Те, як часто у Вас відбуваються зустрічі з Вашими постачальниками.
4. Те, що я можу зробити, аби допомогти Вам у лікуванні.

Дякую. Чекаю на розмову з Вами.

ФАХІВЕЦЬ З ПИТАНЬ ОБМЕЖЕНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ОФІС СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ