



TIỂU BANG WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

**Tham Gia Điều Trị Sức Khỏe tại  
Chương Trình Hỗ Trợ Người Cao Niên, Người Mù hoặc Khuyết Tật (ABD)**

Ngày

Số Thân Chủ:

Ngày Sinh:

Ngôn ngữ:

Xin chào ,

Để duy trì tính đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Người Cao Niên, Người Mù hoặc Khuyết Tật (ABD), quý vị phải:

Tham gia điều trị sức khỏe tâm thần đối với tình trạng khuyết tật của quý vị theo WAC 388-449-0200.

Tham gia điều trị y tế đối với tình trạng khuyết tật của quý vị theo WAC 388-449-0200.

Nếu quý vị không tham gia điều trị mà không có lý do chính đáng, Hỗ Trợ Người Cao Niên, Người Mù hoặc Khuyết Tật (ABD) dành cho quý vị sẽ kết thúc.

**Vui lòng liên hệ với tôi theo \_\_\_\_\_ để thảo luận về điều trị mà quý vị đang nhận được.** Nếu quý vị cần trợ giúp để được điều trị hoặc tìm nhà cung cấp, vui lòng thông tin đến tôi để tôi cố gắng trợ giúp quý vị.

Khi liên hệ với tôi, quý vị sẽ trao đổi về những điều sau:

1. Tình trạng sức khỏe đang gây ảnh hưởng đến công việc của quý vị.
2. Nhà cung cấp mà quý vị đang đến điều trị.
3. Tần suất lịch hẹn điều trị của quý vị tại nhà cung cấp.
4. Tôi có thể giúp gì trong việc điều trị của quý vị.

Xin cảm ơn. Tôi rất mong được kết nối với quý vị.

\_\_\_\_\_  
CHUYÊN GIA VỀ KHUYẾT TẬT

\_\_\_\_\_  
SỐ ĐIỆN THOẠI

\_\_\_\_\_  
VĂN PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG