



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

当事人身份识别号码:

计划名称:

**相关住房与基本需求补助计划(HEN)服务转介之能力丧失情况复审**  
**Housing and Essential Needs (HEN) Referral Incapacity Review**

现在应开始对您的住房与基本需求补助计划(HEN)服务转介之能力丧失情况进行复审。我们需要您提供目前有效的医疗证据,以便依据华盛顿州行政法规WAC 388-447-0110之规定来决定您的健康状况是否仍妨碍您参加工作。如果我们未于\_\_\_\_\_之前收到此信息,您的住房与基本需求补助计划(HEN)服务转介资格可能会于\_\_\_\_\_终止。

请向本处提供以下文件:

- 请让您的医疗和(或)心理健康服务提供者提供目前有效的医疗证据。您或您的服务提供者可用随函附寄的信封将案卷备忘录邮寄给本处。可从网站下载心理评估/精神病病情评估书(表格13-865),网址是 <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>。

如果您在获取上述医疗证据的过程中需要帮助,或者您或您的服务提供者有任何疑问,请打电话与我联系。

\_\_\_\_\_  
残障人士服务专职人员

\_\_\_\_\_  
电话号码

\_\_\_\_\_  
社区服务处