



WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ច និងសុខាភិបាល)

កាលបរិច្ឆេទ:

លេខ ID អតិថិជន:

បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច:

ភាសា:

ដើម្បីបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Aged, Blind, or Disabled (ជនចាស់ជរា ជនពិការភ្នែក ឬជនមានពិការភាព, ABD) Pregnant Women Assistance (ជំនួយសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ, PWA) ឬកម្មវិធីយោង Housing and Essential Needs (តម្រូវការលំនៅដ្ឋាន និងតម្រូវការចាំបាច់, HEN) កម្មវិធីណែនាំ ឬកម្មវិធីណែនាំ អ្នកត្រូវតែចូលរួមក្នុងការព្យាបាល substance use disorder (ជំងឺរឹបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)។

សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ABD, PWA ឬ HEN របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់ក្នុងករណីអ្នកមិនចូលរួមក្នុងការព្យាបាល substance use disorder (ជំងឺរឹបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ដោយគ្មានមូលហេតុសមស្របយោងតាមច្បាប់ WAC ត្រង់មាត្រាទី 388-449-0220 និង 388-447-0120។

សូមស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល substance use disorder (ជំងឺរឹបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

ឱ្យទាក់ទងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយថ្នាក់ពិការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការព្យាបាលនេះ។

ពួកគាត់អាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះមកវិញត្រឹមថ្ងៃ ។

ប្រគល់វិញទៅ:

ទូរសព្ទ:

ទូរសារ:

ផ្នែកនេះត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល substance use disorder (ជំងឺរឹបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) របស់អ្នក:

_____ ត្រូវបានឃើញដើម្បី ធ្វើការវាយតម្លៃ ឬ ការព្យាបាលនៅកាលបរិច្ឆេទដូចខាងក្រោម
ឈ្មោះអតិថិជន

តើអតិថិជននេះនឹងចូលរួមក្នុង ការព្យាបាលដោយសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ នៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យ?

តើនៅពេលណាដែលអតិថិជនគ្រោងនឹងបញ្ចប់កម្មវិធីព្យាបាលរបស់ពួកគាត់? _____

តើអ្នកមានអនុសាសន៍ណាមួយអំពីវិធីសាស្ត្រដែលយើងអាចគាំទ្រដល់ការចូលរួមរបស់អតិថិជនក្នុងការព្យាបាល ឬផ្តល់មតិយោបល់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ?

ឈ្មោះ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____ មុខតំណែង: _____ លេខទូរសព្ទ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____ ទីភ្នាក់ងារ: _____