



WASHINGTON 州

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(社会和卫生服务部)

日期:

客户 ID:

社工:

语言:

为了保有 Aged, Blind, or Disabled (老年人、盲人或残疾人、ABD)、Pregnant Women Assistance (孕妇援助、PWA)、或 Housing and Essential Needs (住房和基本需求、HEN) 转诊计划的资格、您必须参加 substance use disorder (药物使用障碍) 治疗。

根据 WAC 388-449-0220 和 388-447-0120、如果您没有正当理由不参加 substance use disorder (药物使用障碍) 治疗, 您的 ABD、PWA 或 HEN 转诊资格可能会终止。

请指示您的 substance use disorder (药物使用障碍) 治疗提供者通过电话与我联系、以验证您是否参加了治疗。此表也可以由其填写。如果您的提供者填写此表、请于 前将此表格交回。

交回至:

电话:

传真:

此部分由您的 substance use disorder (药物使用障碍) 治疗提供者填写:

_____ 被亲眼所见于以下日期参加了 评估或 治疗:

病人姓名

病人参加的是 住院治疗还是 门诊治疗?

病人什么时候完成治疗计划? _____

您对我们如何支持病人参与治疗有何建议或者您是否有其他任何意见?

姓名

日期

职衔

电话号码

机构

地址