



WASHINGTON 주

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(사회복지보건부)

날짜:

클라이언트 ID:

사례 담당자:

언어:

Aged, Blind, or Disabled (고령자, 시각장애인 또는 장애인, ABD), Pregnant Women Assistance (임산부 지원, PWA) 또는 Housing and Essential Needs (주거 및 필수 요건, HEN) 추천 프로그램 자격을 유지하려면 Substance Use Disorder (약물 사용 장애) 치료에 참여해야 합니다.

귀하의 ABD, PWA 또는 HEN 추천 자격은 WAC 388-449-0220 및 388-447-0120에 따른 정당한 사유 없이 Substance Use Disorder (약물 사용 장애) 치료에 참여하지 않는 경우 종료될 수 있습니다.

Substance Use Disorder (약물 사용 장애) 치료 제공자에게 전화로 담당자에게 연락을 취하여 치료 참여 여부를 확인하도록 요청하세요. 또한, 치료 제공자는 다음 양식도 작성해야 합니다. 귀하의 치료 제공자가 양식 작성을 완료하면 까지 이 양식을 반송해주시기 바랍니다.

반송처:

전화번호:

팩스:

이 섹션은 Substance Use Disorder (약물 사용 장애) 치료 제공자가 작성합니다.

_____ 님은 다음 날짜에 평가 또는 치료에 참여하였습니다.
클라이언트 이름

클라이언트가 입원 치료 또는 통원 치료에 참여했습니까?

클라이언트가 치료 프로그램을 완료하도록 예정된 때는 언제입니까? _____

클라이언트의 치료 참여를 지원할 방법에 대한 권고안이나 기타 다른 의견이 있으십니까?

이름

날짜

직책

전화번호

기관

주소