



워싱턴주

보건사회복지부(DSHS)

날짜:

클라이언트 ID:

사례 담당자:

언어:

노인, 시각 장애인이나 장애인(ABD) 또는 주거 및 필수품 지원(HEN) 추천 프로그램 자격을 유지하려면 약물 사용 장애 치료에 참여해야 합니다.

WAC 388-449-0220 및 388-447-0120에 따른 정당한 사유 없이 약물 사용 장애 치료에 참여하지 않을 경우, 귀하의 ABD 또는 HEN 추천 자격이 종료될 수 있습니다.

귀하의 약물 사용 치료 제공자가 제게 전화로 연락하여 귀하의 치료 참여를 확인해 주어야 합니다. 또한, 치료 제공자는 다음 양식도 작성해야 합니다. 귀하의 치료 제공자가 양식 작성을 완료하면 까지 이 양식을 반송해주시기 바랍니다.

반송처:

전화번호:

팩스:

다음 섹션은 귀하의 약물 사용 치료 제공자에 의해 작성되어야 합니다.

_____ 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