



ລັດ WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (ພະແນກການບໍລິການສັງຄົມ ແລະ ສຸຂະພາບ)

ວັນທີ:

ລະຫັດລູກຄ້າ:

ຜູ້ຮັບຜິດຊອບກໍລະນີ:

ພາສາ:

ເພື່ອຮັກສາໃຫ້ຍັງຄົງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການສິ່ງຕໍ່ Aged, Blind, or Disabled (ຜູ້ສູງອາຍຸ, ຄົນຕາບອດ ຫຼື ຄົນພິການ, ABD), Pregnant Women Assistance (ການຊ່ວຍເຫຼືອແມ່ຍິງຖືພາ, PWA), ຫຼື Housing and Essential Needs (ທີ່ຢູ່ອາໄສ ແລະ ສິ່ງຕ້ອງການທີ່ຈໍາເປັນ, HEN), ທ່ານຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮັກສາປິ່ນປົວ substance use disorder (ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ເກີດຈາກການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ).

ການມີສິດໄດ້ຮັບການສິ່ງຕໍ່ ABD, PWA ຫຼື HEN ຂອງທ່ານອາດຈະສິ້ນສຸດລົງ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮັກສາປິ່ນປົວ substance use disorder (ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ເກີດຈາກການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ) ໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນພຽງພໍຕາມ WAC 388-449-0220 ແລະ 388-447-0120.

ກະລຸນາຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັກສາປິ່ນປົວ substance use disorder (ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ເກີດຈາກການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ) ຂອງທ່ານ ຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າທາງໂທລະສັບເພື່ອຍືນຍັນການເຂົ້າຮ່ວມໃນການຮັກສາຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາຍັງສາມາດຕື່ມແບບຟອມນີ້ໄດ້ອີກດ້ວຍ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເປັນຜູ້ຕື່ມແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນທາງ _____ .

ສິ່ງຄືນຫາ:

ເບີໂທລະສັບ:

ແຟັກ:

ພາກນີ້ ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັກສາປິ່ນປົວ substance use disorder (ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ເກີດຈາກການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ) ຂອງທ່ານ ເປັນຜູ້ຕື່ມ:

_____ ໄດ້ເຂົ້າມາພົບ ສໍາລັບ ການປະເມີນຜົນ ຫຼື ການຮັກສາໃນບັນດາວັນທີ່ຕໍ່ໄປນີ້:
ຊື່ລູກຄ້າ

ລູກຄ້າຄົນນີ້ເຂົ້າຮ່ວມ ການຮັກສາຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ການຮັກສາຄົນເຈັບນອກ?

ໄດ້ມີການກຳນົດໃຫ້ລູກຄ້າສໍາເລັດໂຄງການການຮັກສາຂອງຕົນເມື່ອໃດ? _____

ທ່ານມີຄໍາແນະນໍາໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ພວກເຮົາສາມາດສະໜັບສະໜູນການເຂົ້າຮ່ວມຂອງລູກຄ້າໃນການຮັກສາຫຼື ຄໍາເຫັນອື່ນໆ ບໍ່

_____	_____	_____	_____
ຊື່	ວັນທີ	ຕໍາແໜ່ງ	ເບີໂທລະສັບ
_____	_____	_____	_____
ໜ່ວຍງານ		ທີ່ຢູ່	