



ایالت WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(سازمان خدمات اجتماعی و بهداشتی)

تاریخ:

شماره ارباب رجوع:

مسئول پرونده:

زبان:

جهت حفظ واجد شرایط بودن برای ارجاع به برنامه‌های Aged, Blind, or Disabled (سالمدان، نابینایان، یا از کارافتادگان، ABD)، Pregnant Women Assistance (کمک به زنان باردار، PWA)، یا Housing and Essential Needs (مسکن و نیازهای اساسی، HEN)، شما باید در درمان substance use disorder (اختلال مصرف مواد) شرکت کنید.

در صورت عدم شرکت در روند درمان substance use disorder (اختلال مصرف مواد) بدون داشتن دلیل موجه، مطابق با WAC 388-449-0220 و 388-447-0120، واجد شرایط بودن برای ارجاع به برنامه‌های ABD، PWA یا HEN ممکن است پایان یابد.

لطفاً از ارائه‌دهنده درمان substance use disorder (اختلال مصرف مواد) خود بخواهید که برای تایید شرکت شما در روند درمان، به صورت تلفنی با من تماس بگیرد. آنها همچنین می‌توانند این فرم را نیز تکمیل کنند. اگر ارائه‌دهنده شما قصد دارد این فرم را تکمیل کند، لطفاً فرم را تا تاریخ به ما بازگردانید.

تلفن:

ارسال به آدرس:

فکس:

این بخش باید توسط ارائه‌دهنده درمان substance use disorder (اختلال مصرف مواد) تکمیل شود:

برای ارزیابی درمان در تاریخ‌های زیر ویزیت شد: نام ارباب رجوع

آیا این ارباب رجوع در درمان بستری شرکت می‌کند یا درمان سرپایی؟

زمان پیش‌بینی شده برای تکمیل برنامه درمان ارباب رجوع چه وقت است؟

آیا توصیه و پیشنهاداتی در مورد نحوه حمایت و کمک ما به روند شرکت ارباب رجوع در درمان یا هر نظر دیگری دارید؟

شماره تلفن

عنوان

تاریخ

نام

آدرس

آژانس