



ШТАТ ВАШИНГТОН

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Дата:

Идентификационный
номер клиента:

Ответственный
сотрудник:

Язык:

Для сохранения права на участие в Программе для престарелых, слепых или инвалидов (ABD) или Программе первоочередной помощи в жилье (HEN), вы должны проходить лечение разладов, связанных с приемом психоактивных веществ.

Ваше право на участие в программах ABD или HEN может быть прекращено, если вы не проходите лечение разладов, связанных с приемом психоактивных веществ согласно WAC 388-449-0220 и 388-447-0120.

Обратитесь к своему специалисту по лечению разладов, связанных с приемом психоактивных веществ, либо обратитесь ко мне по телефону, чтобы проверить возможность участия в программе. Форму может также заполнить ваш лечащий специалист. Если форма заполняется специалистом, ее необходимо вернуть до _____.

Вернуть:

Телефон:

Факс:

Этот раздел заполняется специалистом по лечению разладов, связанных с приемом психоактивных веществ:

_____ наблюдался для обследования или лечения в следующие даты:
ИМЯ КЛИЕНТА

Клиент проходит лечение стационарно или амбулаторно?

На когда планируется завершение программы лечения клиента? _____

Имеются ли у вас рекомендации относительно способа участия клиента в программе лечения, либо другие комментарии?

ИМЯ

ДАТА

ДОЛЖНОСТЬ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС

АГЕНТСТВА