



ESTADO DE WASHINGTON

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Fecha:

Identificación de cliente:

Trabajador(a) social:

Idioma:

Para seguir siendo elegible para el programa dirigido a Ancianos, Ciegos o Discapacitados (ABD) o para el programa de Referencia a la Vivienda y Necesidades Esenciales (HEN), usted debe participar en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Su elegibilidad respecto al ABD o HEN puede terminar si no participa en el tratamiento de desorden en el uso de sustancias sin una buena causa según las normas WAC 388-449-0220 y 388-447-0120.

Pida a su proveedor de tratamiento de uso de sustancias que se ponga en contacto conmigo por teléfono para verificar su participación en el tratamiento. El proveedor también puede completar este formulario. Si su proveedor completa este formulario, devuélvalo por _____.

Devolver a:

Teléfono:

Fax:

Esta sección la rellena su proveedor de tratamiento por consumo de sustancias:

_____ fue visto para una evaluación o tratamiento en las siguientes fechas:
NOMBRE DEL CLIENTE

¿Este cliente está participando en un tratamiento hospitalario o ambulatorio?

¿Para cuándo está previsto que el cliente termine su programa de tratamiento? _____

¿Tiene alguna recomendación sobre cómo podemos apoyar la participación del cliente en el tratamiento o algún otro comentario?

NOMBRE
TELÉFONO

FECHA

CARGO

NÚMERO DE

AGENCIA

DIRECCIÓN