



ШТАТ WASHINGTON

**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
**(ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНИХ І МЕДИЧНИХ СЛУЖБ)**

Дата:

Ідентифікаційний номер клієнта:

Соціальний працівник:

Мова:

Щоб зберегти право на участь у Програмі Aged, Blind, or Disabled (для осіб похилого віку, сліпих або інвалідів, ABD), Pregnant Women Assistance (допомоги вагітним жінкам, PWA) або Програмі рекомендацій щодо Housing and Essential Needs (надання житла та основних потреб, HEN), ви повинні взяти участь у лікуванні substance use disorder (розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин).

Ваше право брати участь у програмі ABD, PWA або HEN може припинитися, якщо ви не берете участь у лікуванні substance use disorder (розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин) без поважних причин відповідно до WAC 388-449-0220 і 388-447-0120.

**Будь ласка, попросіть свого постачальника послуг, який займається лікуванням substance use disorder (розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин), зв'язатися зі мною по телефону, щоб підтвердити вашу участь у лікуванні.** Він також може заповнити цю форму. Якщо ваш постачальник послуг заповнить цю форму, поверніть її до .

Повернути до:

Телефон:

Факс:

Цей розділ заповнюється вашим постачальником послуг з лікування substance use disorder (розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин):

\_\_\_\_\_ був на  огляді або  лікуванні в такі дні:

ІМ'Я КЛІЄНТА

Цей клієнт лікується  стаціонарно чи  амбулаторно?

Коли клієнт має завершити програму лікування? \_\_\_\_\_

Чи є у вас якісь рекомендації щодо того, як ми можемо підтримати участь клієнта в лікуванні, чи якісь інші коментарі?

ІМ'Я

ДАТА

НАЗВА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

АГЕНЦІЯ

АДРЕСА