



TIÊU BANG WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(SỞ DỊCH VỤ Y TẾ VÀ XÃ HỘI)

Ngày:

ID Khách hàng:

Người Phụ Trách Hồ Sơ:

Ngôn ngữ:

Để tiếp tục đủ điều kiện tham gia chương trình Giới thiệu cho Aged, Blind, or Disabled (Người Già, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật, ABD), Pregnant Women Assistance (Hỗ Trợ Phụ Nữ Mang Thai, PWA) hoặc Housing and Essential Needs (Nhà Ở và Nhu Cầu Thiết Yếu, HEN), quý vị phải tham gia điều trị substance use disorder (rối loạn sử dụng chất gây nghiện).

Tính đủ điều kiện của Giới Thiệu ABD, PWA hoặc HEN của quý vị có thể chấm dứt nếu quý vị không tham gia điều trị substance use disorder (rối loạn sử dụng chất gây nghiện) mà không có lý do chính đáng theo WAC 388-449-0220 và 388-447-0120.

Vui lòng yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ điều trị substance use disorder (rối loạn sử dụng chất gây nghiện) của quý vị liên hệ với tôi qua điện thoại để xác minh việc quý vị đang tham gia điều trị. Họ cũng có thể hoàn thành mẫu đơn này. Nếu nhà cung cấp của quý vị hoàn thành mẫu đơn này, xin vui lòng gửi lại mẫu đơn này trước.

Gửi về:

Điện Thoại:

Fax:

Phần này được hoàn thành bởi nhà cung cấp dịch vụ điều trị substance use disorder (rối loạn sử dụng chất gây nghiện) của quý vị:

_____ cho thấy đã có một buổi đánh giá hoặc điều trị trong những ngày sau đây:
TÊN THÂN CHỦ

Thân chủ đang tham gia điều trị nội trú hay điều trị ngoại trú?

Khi nào thân chủ theo lịch trình hoàn thành chương trình điều trị của họ? _____

Quý vị có bất kỳ khuyến nghị nào về việc làm cách nào để chúng tôi có thể hỗ trợ thân chủ tham gia điều trị hoặc có bất kỳ nhận xét nào khác?

_____	_____	_____	_____
TÊN	NGÀY	CHỨC DANH	SỐ ĐIỆN THOẠI
_____	_____	_____	_____
ĐỊA CHỈ		ĐẠI LÝ	