



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

កាលបរិច្ឆេទ ៖

ID អតិថិជន ៖

ភាសា ៖

អ្នកត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងដែលអ្នកបានបញ្ចប់ការវាយតម្លៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ ត្រឹម _____ ។
កាលបរិច្ឆេទ

ការវាយតម្លៃការប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់អ្នកណែនាំឱ្យអ្នកបំពេញការព្យាបាលបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងថា
អ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងការព្យាបាល ត្រឹម _____ ។
កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញការវាយតម្លៃ ឬការព្យាបាលមួយដូចដែលតម្រូវទេនោះ ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីការបញ្ជូននូវសេចក្តីត្រូវការលំនៅដ្ឋាន
និងសេចក្តីត្រូវការចាំបាច់ (HEN) របស់អ្នក អាចបញ្ចប់តាម WAC 388-447-0120។

ការវាយតម្លៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ និងអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមមាន ៖

សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយស្វែងរកការវាយតម្លៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ
ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលដែលមានការបញ្ជាក់។

អ្នកឯកទេសសេវាសង្គម

លេខទូរស័ព្ទ

CSO