



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Идентификационный номер клиента:

Язык:

- Вы обязаны предоставить подтверждение прохождения вами обследования на предмет употребления вами психоактивных веществ до \_\_\_\_\_.  
ДАТА
- Результаты обследования на предмет употребления психоактивных веществ указывают на необходимость лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Вы обязаны представить подтверждение того, что вы проходите подобный курс лечения, до \_\_\_\_\_.  
ДАТА

Если вы не завершите обследование и лечение в соответствии с применимыми требованиями, ваше право на Жилищное пособие и первоочередные нужды (HEN) может закончиться в соответствии с WAC 388-447-0120.

---

Ниже приведены наименования и адреса некоторых специалистов и учреждений в вашем районе, занимающихся обследованиями и лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ:

**Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в поиске сертифицированных специалистов и учреждений, занимающихся обследованиями и лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.**

РАБОТНИК СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

ТЕЛЕФОН

CSO