



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

ID de cliente:

Idioma:

Debe entregar comprobantes de que ha completado una valoración de consumo de sustancias a más tardar el \_\_\_\_\_  
FECHA

Su valoración de consumo de sustancias recomienda que complete un tratamiento para trastorno del consumo de sustancias. Usted debe entregar comprobantes de que está participando en el tratamiento a más tardar el \_\_\_\_\_  
FECHA

Si usted no completa una valoración y/o un tratamiento según lo exigido, su elegibilidad para el programa de derivación a Vivienda y Necesidades Esenciales (por sus siglas en inglés, "HEN") puede terminar según WAC 388-447-0120.

---

Los proveedores de tratamientos y valoraciones de consumo de sustancias en su área son:

**No dude en llamarme si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para encontrar un proveedor certificado de tratamientos o valoraciones de consumo de sustancias.**

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA DE SERVICIO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
CSO