



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

个案当事人号码: _____

个案管理员: _____

语言: _____

我希望与您进行一次交谈，内容涉及您未对下列要求给予合作的原因:

按照所署日期为_____的函件要求而接受一次酒瘾或毒瘾症状评估。

按照所署日期为_____的函件要求而接受酒瘾或毒瘾症状治疗。

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-447-0120 之规定，您的住房与基本需求补助计划服务转介资格可能会终止，除非您能证明您已达到要求或有正当理由不给予合作。

为了就您不给予合作的原因进行交谈，您必须:

于_____与我会面_____

日期

时间

请于_____之前打电话与我联系，以便说明您为何不给予合作；电话号码是_____。

日期

电话号码

您也可以于_____之前致函，向我说明您不给予合作的原因。

日期

来函时请随附相关证据，例如医生的声明书等。

批语:

残障人士服务专职人员

电话号码: _____

社区服务处(CSO): _____