



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата: \_\_\_\_\_

Номер клиента: \_\_\_\_\_

Курирующий социальный работник: \_\_\_\_\_

Язык: \_\_\_\_\_

Здравствуйтесь,

Нам не удалось подтвердить, что вы:

Прошли обследование на предмет употребления психоактивных веществ в соответствии с уведомлением, направленным вам \_\_\_\_\_.

Прошли курс лечения расстройства, вызванного злоупотреблением психоактивных веществ, как это требуется в соответствии с уведомлением, направленным вам \_\_\_\_\_.

Если вы не предоставите, в соответствии с WAC 388-447-0120, доказательств вашего выполнения этих требований или уважительной причины своего отказа сотрудничать с нами по этому вопросу, то действие вашего направления на участие в Программе пособий на жилье и первоочередные нужды (Housing and Essential Needs, HEN) прекратится.

Прошу вас сделать следующее:

Встретиться со мной \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_  
ДАТА ВРЕМЯ

Позвонить мне по телефону \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_, чтобы поговорить о причинах невыполнения наших требований.  
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДАТА

Вы также можете направить мне письменное объяснение причин невыполнения наших требований, это можно сделать до \_\_\_\_\_.  
ДАТА

Приложите к письму имеющееся у вас подтверждение уважительной причины, например, справку от врача или поставщика услуг по лечению.

Комментарии:

Жду скорой возможности поговорить с вами.

\_\_\_\_\_  
СПЕЦИАЛИСТ ПО ОГРАНИЧЕННЫМ СПОСОБНОСТЯМ

Телефон: \_\_\_\_\_

CSO: \_\_\_\_\_