



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número de cliente: \_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Hola,

No hemos podido confirmar que usted ha:

Concluido una evaluación de consumo de sustancias como se le exigió en la carta con fecha \_\_\_\_\_.

Participado en tratamiento para un trastorno de consumo de sustancias como se le exigió en la carta con fecha \_\_\_\_\_.

Su elegibilidad para una derivación a Vivienda y Necesidades Esenciales (HEN, por sus siglas en inglés) se cancelará si no entrega comprobantes de que ha cumplido este requisito o de que tiene una causa justificada para no participar, según lo contemplado en WAC 388-447-0120.

Por favor:

Reúnase conmigo el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
FECHA HORA

Llámeme al \_\_\_\_\_ antes del \_\_\_\_\_ para que hablemos sobre por qué no pudo participar.  
NÚMERO DE TELÉFONO FECHA

También puede enviarme una explicación por escrito de por qué no pudo participar antes del \_\_\_\_\_.  
FECHA

Incluya con su carta todos los comprobantes que tenga, como una declaración de su médico o proveedor de tratamiento.

Comentarios:

Espero hablar pronto con usted.

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD

Teléfono: \_\_\_\_\_

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