



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

个案当事人识别号码: _____

语言: _____

计划名称: _____

您必须于 _____ 之前提交证明文件, 用以证明您已完成药物滥用评估。
日期

您的药物滥用评估建议您完成药物滥用障碍治疗。您必须于 _____ 之前提交证明文件, 用以证实您目前正在接受治疗。
日期

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-449-0220 之规定, 若您未按照要求完成评估或治疗, 您的老年人、盲人或残疾人 (ABD)或怀孕妇女补助(PWA)可能会终止。

您所在地区的药物滥用评估与治疗服务提供者包括:

如果您有任何疑问, 或者需要帮助寻找一位通过认证的药物滥用评估与治疗服务提供者, 请打电话与我联系。

_____ 电话号码: _____

社会服务专职人员

时间

社区服务处(CSO): _____