



STAAT WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Datum:

Klant nummer: _____

Taal: _____

Programma: _____

☐ U moet bewijs overleggen dat u een beoordeling van middelengebruik hebt ondergaan vóór

_____.

DATUM

☐ Uit uw beoordeling van middelengebruik blijkt dat u een behandeling voor een middelengebruiksstoornis moet volgen. U moet bewijs overleggen dat u deelneemt aan de behandeling vóór _____.

DATUM

Als u de vereiste beoordeling of behandeling niet afrondt, kan uw hulp op basis van Aged, Blind or Disabled - ABD (Ouderen, Blinden or Gehandicapten) of Pregnant Women Assistance - PWA (hulp voor zwangere vrouwen) worden beëindigd volgens WAC 388-449-0220.

Beoordeling- en behandelaanbieders voor middelengebruik in uw regio zijn onder andere:

Bel me gerust als u vragen heeft of hulp nodig heeft bij het vinden van een gecertificeerde aanbieder voor beoordeling of behandeling van middelengebruik.

Telefoon: _____

SOCIAL SERVICE SPECIALIST
(SPECIALIST MAATSCHAPPELIJKE
DIENSTVERLENING)

TIJD

CSO: _____