



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자/의뢰인 번호: _____

언어: _____

프로그램: _____

물질 사용 평가를 완전히 받았다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 _____ 까지 제공해 주십시오. 날짜

물질 사용 평가 결과에 따라 약물 사용 장애 치료를 완수하실 것을 권장합니다. 치료에 참여하고 있다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 _____ 까지 제출하셔야 합니다. 날짜

요구한 대로 화학물질 의존성 평가나 치료를 완수하지 않을 경우 WAC 388-449-0220 에 따라 귀하의 노인, 맹인 또는 장애자(ABD) 또는 임산부 지원(PWA)을 위한 보조금이 종결될 수 있습니다.

거주 지역 내 물질 사용 평가와 치료 제공 기관:

질문이 있거나 공인 물질 사용 평가와 서비스 제공 기관을 찾는데 도움이 필요하면 제게 전화하십시오.

전화: _____

사회복지 담당자

시간

CSO: _____