



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

التاريخ:

رقم العميل: _____

اللغة: _____

البرنامج: _____

أنت تحصل على مساعدة نقدية على أساس الإعاقة. ونحن نتحقق من أهليتك لبرنامج المسنين أو المكفوفين أو المعاقين (ABD):

كل 24 شهرًا على الأقل.

عندما ترفض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) طلبك لدخل الضمان الإضافي (SSI) أو تأمين الضمان الاجتماعي للمعاقين (SSDI).

ونحن نحتاج إلى إثبات طبي حديث لما تعاني منه من إعاقات وإلا سوف تنقطع المزايا النقدية من برنامج المسنين أو المكفوفين أو المعاقين (ABD) بموجب قانون واشنطن الإداري WAC 388-449-0150. ويجب أن يفي الإثبات الطبي بالمعايير الموضحة في قانون واشنطن الإداري WAC 388-449-0010.

وإذا لم تتلق هذه المعلومات قبل _____, فسوف تنقطع المزايا النقدية من برنامج المسنين أو المكفوفين أو المعاقين (ABD) في _____.

يجب أن تقدم المعلومات التالية:

يُرجى طلب إثبات طبي حديث من موفر الرعاية الصحية الطبية و/أو النفسية والعقلية الخاص بك. ويمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك إرسال أي ملاحظات أو استمارات تقييم بالبريد في الطرف المرفق الذي يتم إرجاعه. التقييم السيكولوجي/النفسي (استمارة إدارة الخدمات الصحية والاجتماعية (DSHS) (13-865) متاحة للتنزيل على <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>.

يُرجى الاتصال بي في حالة الحاجة إلى مساعدة في الحصول على هذا الإثبات الطبي أو إذا كانت هناك أية استفسارات لديك أو لدى موفر الرعاية الخاص بك.

رقم الهاتف: _____

متخصص في شؤون المعاقين

مكتب الخدمات المجتمعية: _____