



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

当事人编号: _____

语言: _____

计划: _____

您目前领取残疾现金补助。我们对您是否符合长者、盲人或残疾人士计划的资格进行复审，具体安排如下：

至少每 24 个月复审一次。

当社会安全局(SSA)拒绝批准您的社会安全收入津贴(SSSI)或社会安全残障保险福利金(SSDI)申请时进行复审。

我们需要您提交目前有效的残疾医疗证据，否则您的 ABD 现金福利将根据 WAC 388-449-0150 而终止。医疗证据必须符合 WAC 388-449-0010 规定的标准。

倘我们在 _____ 之前没有收到此等资料，您的ABD现金福利将在 _____ 终止。

您必须提供以下资料：

请向您的医疗和/或心理健康提供方索要目前有效的医疗证据。您或您的提供方可在回信中邮寄图表评注或评估表格。您可登录 <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms> 下载心理/精神病评估表(DSHS 表 13-865)。

若您在获取医疗证据时需要帮助或您的提供方有疑问，请给我致电。

电话号码: _____

残疾专科医生

社区服务处: _____