STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

تاریخ:

شماره خدمات گیرنده: _____

زبان: _____

برنامه: _____

شما بخاطر ناتوانی و معلولیت، کمک هزینه نقدی دریافت می کنید. ما وضعیت صلاحیت شما را برای برنامه سالمندان، نابینایان و یا معلولین (ABD) در این زمان ها بررسی خواهیم کرد:

☐ حداقل هر 24 ماه یکبار.

☐ هرگاه سازمان تأمین اجتماعی (SSA) درخواست شما برای SSI یا SSDI را رد کند.

ما به مدارک و شواهد معتبر پزشکی درباره اختلال های ناتوان کننده شما نیاز داریم، در صورتی که این مدارک را دریافت نکنیم مزایای نقدی ABD شما مطابق با WAC 388-449-0150 قطع خواهد شد. شواهد و مدارک پزشکی باید دارای مشخصات و استانداردهای ذکر شده در WAC 388-449-0010 باشند.

اگر این اطلاعات را تا _____ دریافت نکنیم، مزایای نقدی ABD شما در _____ قطع خواهند شد.

شما باید اطلاعات زیر را ارائه کنید:

☐ لطفاً از ارائه کننده خدمات پزشکی و/یا سلامت روانی خود بخواهید مدارک و شواهد معتبر پزشکی ارائه کند. شما یا ارائه کننده تان می توانید یادداشت های چارت ها و یا فرم های ارزیابی را در پاکت پیوست برای ما بفرستید. فرم ارزیابی روان شناسی/روان درمانی (فرم شماره 13-865 سازمان DSHS) برای دانلود در https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms موجود می باشد.

اگر برای تهیه این مدارک و شواهد پزشکی نیاز به کمک داشتید یا در صورتی که شما یا ارائه کننده تان سؤالی داشتید با من تماس بگیرید.

_____ شماره تلفن: _____

کارشناس معلولیت و ناتوانی

دفتر خدمات اجتماعی محلی: _____