



ÉTAT DE WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ)

Date :

Numéro de client : _____

Langue : _____

Programme : _____

Vous bénéficiez d'une aide financière en raison d'une infirmité. Nous examinons votre admissibilité au programme Aged, Blind, or Disabled (Personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD) :

- Au moins tous les 24 mois.
- Lorsque la Social Security Administration (Administration de la sécurité sociale, SSA) rejette votre demande d'inscription au programme SSI ou SSDI.

Nous avons besoin de raisons médicales valables de vos handicaps, sinon vos prestations en espèces au titre de l'ABD prendront fin conformément au WAC 388-449-0150. Ces raisons médicales doivent répondre aux critères définis dans le WAC 388-449-0010.

Si nous ne recevons pas ces informations au plus tard le _____, vos prestations en espèces au titre de l'ABD prendront fin le _____.

Vous devez nous fournir les informations suivantes :

- Veuillez demander à votre prestataire de soins médicaux et/ou de santé mentale de vous fournir des raisons médicales valables. Vous ou votre prestataire pouvez envoyer les notes au dossier ou les formulaires d'évaluation dans l'enveloppe-réponse jointe. Vous pouvez télécharger le Formulaire d'évaluation psychologique / psychiatrique (formulaire DSHS 13-865) sur <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>.

N'hésitez pas à m'appeler si vous avez besoin d'aide pour obtenir ces raisons médicales ou si vous ou votre prestataire

_____ Numéro de téléphone : _____

SPÉCIALISTE DE L'INVALIDITÉ

Community Services Office (Bureau des services communautaires) : _____