



NEGARA BAGIAN WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DEPARTEMEN LAYANAN SOSIAL DAN KESEHATAN)

Tanggal:

Nomor Klien: _____

Bahasa: _____

Program: _____

Anda saat ini menerima bantuan uang tunai berdasarkan disabilitas. Kami meninjau kelayakan Anda untuk program Aged, Blind, or Disabled (Lansia, Buta, atau Difabel, ABD)

Minimal 24 bulan sekali.

Jika Social Security Administration (Administrasi Jaminan Sosial, SSA) menolak permohonan SSD atau SSDI Anda.

Kami memerlukan bukti medis tentang disabilitas Anda, atau jaminan uang tunai ABD akan dihentikan menurut WAC 388-449-0150. Bukti medis harus memenuhi kriteria yang dijabarkan dalam WAC 388-449-0010.

Jika kami tidak menerima informasi ini sebelum tanggal _____, tunjangan uang tunai ABD Anda akan berakhir tanggal _____.

Anda harus menyediakan informasi berikut:

Mintalah penyedia layanan kesehatan dan/atau mental untuk memberikan bukti medis yang terbaru. Anda atau penyedia dapat mengirimkan catatan bagan atau formulir evaluasi ke dalam amplop kembali yang terlampir. Evaluasi Psikologis/Psikiatris (Form DSHS 13-865) dapat diunduh di <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>.

Hubungi saya jika Anda butuh bantuan mendapatkan buktimedis ini, atau jika Anda atau penyedia memiliki pertanyaan.

_____ Nomor Telepon: _____

SPEKIALIS DISABILITAS

Community Services Office (Kantor Layanan Umum): _____