



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자 번호: \_\_\_\_\_

언어: \_\_\_\_\_

프로그램: \_\_\_\_\_

장애에 근거해 귀하에게 현금보조금이 제공되고 있습니다. 당국은 고령자, 시각장애인 또는 각종 장애인(ABD) 프로그램에 대한 귀하의 수혜자격을 다음과 같이 검토합니다.

최소한 24 개월마다.

사회보장국(SSA)에서 귀하의 SSI 또는 SSDI 신청을 거부하는 경우.

당국은 귀하의 현 장애여부를 증명할 수 있는 의료기록이 필요합니다. 의료기록을 제출하지 않으면 귀하의 ABD 현금 보조금은 WAC 388-449-0150 에 따라 종료됩니다. 의료기록은 WAC 388-449-0010 에 정의된 기준에 부합해야 합니다.

해당 정보를 \_\_\_\_\_ 까지 저희가 받지 못하면 귀하의 ABD 현금보조금은 \_\_\_\_\_ 에 종결됩니다 당.

반드시 다음 정보를 제공해 주십시오.

귀하의 의료 서비스 및/또는 정신건강 서비스 제공자에게 현 의료기록을 요청하십시오. 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 차트 기록이나 평가서를 반환용 봉투에 넣어 보내주시면 됩니다. 심리/정신과 평가(DSHS 양식 13-865)는 <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms> 에서 다운로드하실 수 있습니다.

본 의료기록을 구하는데 도움이 필요하시거나 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 질문이 있으실 경우 저에게 문의하여주십시오.

\_\_\_\_\_ 장애 전문가

전화번호: \_\_\_\_\_

커뮤니티 사무소: \_\_\_\_\_