



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Tarih:

Müşteri No: \_\_\_\_\_

Dil: \_\_\_\_\_

Program: \_\_\_\_\_

Engelli olma durumunuza dayanarak para yardımı alıyorsunuz. Yaşlı, Görmeyen veya Engelli (ABD) programına uygunluğunuzu aşağıdaki durumlarda inceliyoruz:

- En az 24 ayda bir.
- Sosyal Güvenlik Yönetimi (SSA) SSI veya SSDI için başvurunuzu reddettiği durumlarda.

Engelli olma rahatsızlığınızla ilgili olarak güncel tıbbi kanıt ihtiyacımız var, aksi takdirde WAC 388-449-0150 gereğince ABD nakit yardımınız sona erecektir. Tıbbi kanıt WAC 388-449-0010 kapsamında tanımlanan kriterleri karşılamalıdır.

Bu bilgiyi \_\_\_\_\_ tarihine kadar almazsak, ABD nakit yardımınız \_\_\_\_\_ tarihinde sona erecektir. Aşağıdaki bilgileri sağlamanız gerekmektedir:

- Lütfen tıbbi ve/veya akli sağlık tedarikçinizden güncel tıbbi kanıt isteyin. Siz veya tedarikçiniz çizelge notlarını veya değerlendirme formlarını ilişik iade zarfıyla postalayabilirsiniz. Psychological / Psychiatric Evaluation (DSHS formu 13-865) <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms> de yüklenebilir.

Tıbbi kanıt temininde yardıma ihtiyacınız varsa lütfen beni arayın.

\_\_\_\_\_ ENGELLİ UZMANI

Telefon No: \_\_\_\_\_

Toplum Hizmetleri Bürosu: \_\_\_\_\_