



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата: _____

Номер клієнта: _____

Мова: _____

Програма: _____

Ви отримуєте грошову допомогу у зв'язку з вашою інвалідністю. Ми переглядаємо ваші права на участь у програмі для людей похилого віку, з вадами зору або інвалідів (Aged, Blind, or Disabled, ABD):

- Принаймні кожні 24 місяці.
- Якщо Адміністрація з соціальної допомоги (Social Security Administration, SSA) відхилить вашу заяву на SSI або SSDI.

Нам потрібні поточні підтвердження наявності у вас інвалідизуючого стану; інакше надання вам грошової допомоги за програмою ABD буде припинено згідно з WAC 388-449-0150. Медичні підтвердження мають задовольняти вимогам, визначеним у WAC 388-449-0010.

Якщо ми не отримаємо цю інформацію до _____, надання вам грошової допомоги за програмою ABD буде припинено _____.

Ви мусите надати таку інформацію:

- Будь ласка, попросіть особу, яка надає вам послуги загальної медичної допомоги та/або послуги з підтримки психічного здоров'я, забезпечити сучасну медичну документацію. Ви або особа, яка надає вам медичні послуги, можете надіслати записи з історії хвороби чи форми обстеження поштою в конверті для повернення - його прикладено до цього листа. Форму оцінки психологічного/психічного стану (форма DSHS 13-865) можна завантажити з Інтернету за адресою <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms>.

СПЕЦІАЛІСТ З ІНВАЛІДНОСТІ

Телефон: _____

Офіс громадських послуг: _____