



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Ngày:

Số Thân Chủ: _____

Ngôn Ngữ: _____

Chương Trình: _____

Quý vị hiện đang nhận trợ cấp tiền mặt căn cứ vào tình trạng tật nguyền. Chúng tôi sẽ tái xét điều kiện hợp lệ của quý vị cho chương trình Người Lớn Tuổi, Mù Lòa, hay Tật Nguyền (ABD) cho:

- Ít nhất mỗi 24 tháng một lần.
- Khi phòng Hành Chánh An Sinh Xã Hội (SSA) từ chối đơn xin SSI hay SSDI của quý vị.

Chúng tôi cần chứng cứ y khoa hiện nay về sự suy yếu tật nguyền của quý vị hoặc các phúc lợi tiền mặt ABD của quý vị sẽ chấm dứt theo Bộ Luật WAC 388-449-0150. Chứng cứ y khoa phải đáp ứng các tiêu chuẩn được quy định trong Bộ Luật WAC 388-449-0010.

Nếu chúng tôi không nhận được thông tin này trước ngày _____ các phúc lợi tiền mặt ABD của quý vị sẽ chấm dứt vào _____.

Quý vị phải cung cấp các thông tin dưới đây:

- Xin yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ y tế và/hoặc sức khỏe tâm thần của quý vị cung cấp chứng cứ y khoa hiện thời, Quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có thể gửi các chú giải của biểu đồ hoặc mẫu đánh giá trong bao thư hồi đáp kèm theo. Mẫu Đánh Giá Tâm Lý/Tâm Thần (Mẫu DSHS 13-865) hiện có để tải xuống tại <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms>.

Xin gọi cho tôi nếu quý vị cần giúp để có được chứng cứ y khoa này hoặc nếu quý vị hoặc nhà cung cấp của quý vị có các thắc mắc.

Số Điện Thoại: _____

CHUYÊN GIA ĐÁNH GIÁ KHUYẾT TẬT

Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng: _____