STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Верните полностью заполненную форму к на

Номер клиента:

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

Язык:

Программа:

Для сохранения своего права на денежное пособие вы должны:

☐ Пройти обследование на предмет зависимости от наркотических и химических веществ в соответствии с WAC 388-449-0220.

☐ Начать лечение от зависимости от наркотических и химических веществ в соответствии с WAC 388-449-0220.

☐ Принять участие в мероприятиях по уходу за психическим здоровьем в связи с вашим состоянием инвалидности в соответствии с WAC 388-449-0200.

☐ Принять участие в мероприятиях по медицинскому уходу в связи с вашим состоянием инвалидности в соответствии с WAC 388-449-0200.

При невыполнении указанного требования в отсутствие уважительной причины предоставление вам денежного пособия может быть прекращено в соответствии с WAC 388-449-0200 и 388-449-0220.

Пожалуйста, попросите лицо или ведомство, ответственное за предоставление вам лечения или услуг, заполнить эту форму. Вы обязаны обеспечить наличие у меня заполненной формы к .

Верните заполненную форму в:

Телефон:

Факс:

ЭТОТ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ ИЛИ ВЕДОМСТВОМ, ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ УСЛУГ

_____ предоставил(а) _____ лечение / услуги.

ПОСТАВЩИК УСЛУГ

Даты или периодичность посещений: _____

Динамика и эффективность лечения: ☐ Отлично ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☐ Плохо

Является ли участие этого клиента удовлетворительным? ☐ Да ☐ Нет

КОММЕНТАРИИ

_____

ПОДПИСЬ ДАТА

_____

ДОЛЖНОСТЬ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

_____

ВЕДОМСТВО

_____

АДРЕС