



SHTETI I WASHINGTON

**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
(DEPARTAMENTI I SHËRBIMEVE SOCIALE DHE SHËNDETËSORE)**

Data:

ID-ja e Klientit:

Punonjësi i rastit:

Gjuha:

Për të qëndruar të kualifikuar për programin e referimit Aged, Blind, or Disabled (për të moshuarit, të verbërit ose të paaftët, ABD), Pregnant Women Assistance (ndihmën për gratë shtatzëna, PWA), ose Housing and Essential Needs (programin e referimit për strehimin dhe nevojat esenciale, HEN), ju duhet të merrni pjesë në trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave.

Kualifikimi juaj për referimin në ABD, PWA, ose HEN mund të përfundojë nëse nuk merrni pjesë në trajtimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave pa arsye të justifikuar sipas WAC 388-449-0220 dhe 388-447-0120.

**Ju lutemi kërkoni nga ofruesi juaj i trajtimit për çrregullimet e përdorimit të substancave të më kontaktojë me telefon për të verifikuar pjesëmarrjen tuaj në trajtim.** Ata gjithashtu mund ta plotësojnë këtë formular. Nëse ofruesi juaj e plotëson këtë formular, ju lutemi kthejeni këtë formular deri më \_\_\_\_\_.

Kthejeni te:

Telefon:

Faks:

---

Kjo seksion plotësohet nga ofruesi juaj i trajtimit për çrregullimet e përdorimit të substancave:

\_\_\_\_\_ u pa për një  vlerësim ose  trajtim në datat e mëposhtme:

EMRI I KLIENTIT

---

A po merr ky klient pjesë në  trajtim të brendshëm apo  trajtim të jashtëm?

Kur është caktuar që klienti të përfundojë programin e tij/saj të trajtimit? \_\_\_\_\_

A keni ndonjë rekomandim se si mund ta mbështesim pjesëmarrjen e klientit në trajtim apo ndonjë koment tjetër?

---

EMRI

DATA

---

TITULLI

NUMRI I TELEFONIT

---

AGJENCIA

---

ADRESA