



WASHINGTON ਰਾਜ

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ)

ਮਿਤੀ:

ਕਲਾਇੰਟ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਕੇਸ ਵਰਕਰ: \_\_\_\_\_

ਭਾਸ਼ਾ: \_\_\_\_\_

ਸਤਿ ਸ੍ਰੀ ਅਕਾਲ,

ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਰਹੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_ ਦੇ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_ ਦੇ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਲਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧਿਤ ਥੈਰੇਪੀ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲਿਆ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ Housing and Essential Needs (ਆਵਾਸ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਲੋੜਾਂ, HEN) ਲਈ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲੋੜ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ WAC 388-447-0120 ਅਨੁਸਾਰ ਹਿੱਸਾ ਨਾ ਲੈਣ ਦਾ ਕੋਈ ਵਾਜ਼ਿਬ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ:

ਮੈਨੂੰ \_\_\_\_\_ ਨੂੰ ਮਿਲੋ \_\_\_\_\_  
ਮਿਤੀ ਸਮਾਂ

ਮੈਨੂੰ \_\_\_\_\_ ਤੱਕ \_\_\_\_\_ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਤਾਂ ਕਿ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਨਾ ਲੈ ਪਾਉਣ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਹੋ ਸਕੇ।  
ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਮਿਤੀ

ਤੁਸੀਂ \_\_\_\_\_ ਤੱਕ ਮੈਨੂੰ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਵਿਆਖਿਆ ਵੀ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਿੱਸਾ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕੇ।  
ਮਿਤੀ

ਆਪਣੇ ਪੱਤਰ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋ ਵੀ ਸਬੂਤ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਇਲਾਜ-ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਬਿਆਨ, ਉਹ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।  
ਟਿੱਪਣੀਆਂ:

ਮੈਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰਹੇਗੀ।

\_\_\_\_\_ ਅਖੰਗ ਰੋਗੀਆਂ ਦੇ ਮਾਹਰ

ਟੈਲੀਫੋਨ: \_\_\_\_\_

CSO: \_\_\_\_\_