



د WASHINGTON ایالت

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (د ټولنیزو او روغتیایي خدمتونو ریاست)

تاریخ:

د پیروونکي شمیره: _____
ژبه: _____
پروگرام: _____

تاسو د معلولیت پر بنسټ نغدو (پېسو) مرسته تر لاسه کوئ. مونږ ستاسو Aged, Blind, or Disabled (د ډیر عمر لرونکو، رندو یا معلولینو، ABD) پروگرام لپاره د وړتیا/مستحق کیدو بیاکنته کوو:

لږ تر لږه په هرو 24 میاشتو کې.

کله چې Social Security Administration (د ټولنیز امنیت اداره، SSA) ستاسو د SSI یا SSDI لپاره غوښتنلیک رد کړي.

مونږ ستاسو د معلولیت نیمگرتیاوې/خرابتیا اوسني طبي شواهدو ته اړتیا لرو یا ستاسو د ABD نغدو (پېسو) گټې به د WAC 388-449-0150 سره سم پای ته ورسیري. طبي شواهد باید د WAC 388-449-0010 کې تعریف شوي معیارونه پوره کړي.

که چیرې مونږ دا معلومات تر _____ نېټې پورې تر لاسه نه کړه، ستاسو د ABD نغدو (پېسو) گټې به په _____ نېټه پای ته ورسیري.

تاسو باید لاندې معلومات وړاندې/چمتو کړئ:

مهرباني وکړئ له خپل طبي او/یا ذهني روغتیا چمتو کوونکي څخه د اوسني طبي شواهدو وړاندې کولو غوښتنه وکړئ. تاسو یا ستاسو چمتو کوونکی د چارټ یادښتونه یا د ارزونې فورمې په تړل شوي بیرته راستنیدو لټافه کې پوستې کولی شئ. د رواني / ذهني ارزونې (DSHS فورمه 13-865) په <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms> کې د داوونلو کولو لپاره شتون لري.

مهرباني وکړئ ما ته زنگ ووهئ که چیرې تاسو د دې طبي شواهدو په تر لاسه کولو کې مرستې ته اړتیا لرئ یا که چیرې تاسو یا ستاسو چمتو کوونکی پوښتنې لرئ.

د تلیفون شمیره: _____

د معلولیت متخصص

Community Services Office (د ټولني خدمتونو دفتر): _____