



WASHINGTON স্টেট

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (সামাজিক ও স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ)

**Aged, Blind, or Disabled (বয়স্ক, অন্ধ বা প্রতিবন্ধী, ABD) প্রোগ্রাম
Medical Treatment Participation (প্রোগ্রাম চিকিৎসা ব্যবস্থাপনায় অংশগ্রহণ)**

তারিখ

গ্রাহকের নম্বর:

জন্ম তারিখ:

ভাষা:

হ্যালো ,

Aged, Blind, or Disabled (বয়স্ক, অন্ধ বা প্রতিবন্ধী, ABD) প্রোগ্রামের জন্য যোগ্য থাকার জন্য, আপনাকে অবশ্যই:

☐ WAC 388-449-0200 অনুসারে আপনার প্রতিবন্ধী অবস্থার জন্য মানসিক স্বাস্থ্য চিকিৎসায় অংশগ্রহণ করুন।

☐ WAC 388-449-0200 অনুসারে আপনার প্রতিবন্ধী অবস্থার জন্য চিকিৎসা ব্যবস্থায় অংশগ্রহণ করুন।

যদি আপনি কোনও উপযুক্ত কারণ ছাড়া চিকিৎসায় অংশগ্রহণ না করেন, তাহলে আপনার ABD সহায়তা বন্ধ হয়ে যেতে পারে।

আপনি যে চিকিৎসা নিচ্ছেন তা নিয়ে আলোচনা করার জন্য দয়া করে _____ দ্বারা আমার সাথে যোগাযোগ করুন।

যদি আপনার চিকিৎসা পেতে বা কোনও প্রদানকারী খুঁজে পেতে সাহায্যের প্রয়োজন হয় তাহলে আমাকে জানান এবং আমি আপনাকে সাহায্য করার চেষ্টা করব।

আপনি যখন আমার সাথে যোগাযোগ করবেন, আমরা নিম্নলিখিত বিষয়গুলি নিয়ে কথা বলব:

1. আপনার স্বাস্থ্যের অবস্থা আপনার পক্ষে কাজ করা কঠিন করে তুলছে।
2. চিকিৎসার জন্য আপনি যে প্রদানকারীদের সাথে দেখা করছেন।
3. আপনি কতবার প্রদানকারীদের অ্যাপয়েন্টমেন্ট নিয়েছেন।
4. আপনার চিকিৎসায় সাহায্য করার জন্য আমি কী করতে পারি।

ধন্যবাদ। আমি আপনার সাথে সংযুক্ত হওয়ার জন্য প্রতীক্ষা করব।

প্রতিবন্ধী বিশেষজ্ঞ

ফোন নম্বর

COMMUNITY SERVICES OFFICE (কমিউনিটি পরিষেবা দফতর)