



ÉTAT DE WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTÉ)

Aged, Blind, or Disabled Program
(Programme pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD)
Medical Treatment Participation (Participation aux traitements médicaux)

Date

Numéro du client :

Date de naissance :

Langue :

Bonjour ,

Si vous souhaitez continuer à bénéficier de l'Aged, Blind, or Disabled Program (programme pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées, ABD), vous devez remplir les conditions suivantes :

- ☐ Suivre un traitement de santé mentale pour votre handicap, tel que défini dans les dispositions de la WAC 388-449-0200.
- ☐ Suivre un traitement médical pour votre handicap, tel que défini dans les dispositions de la WAC 388-449-0200.

Si vous ne suivez pas le traitement sans raison valable, votre éligibilité au programme ABD pourrait être révoquée.

Veillez me contacter avant le _____ afin de discuter du traitement dont vous bénéficiez. Si vous avez besoin d'aide pour obtenir un traitement ou trouver un prestataire, n'hésitez pas à m'en faire part et je m'efforcerai de vous aider.

Lorsque vous me contacterez, nous allons aborder les points suivants :

1. Vos problèmes de santé qui vous empêchent de travailler.
2. Les prestataires que vous consultez pour suivre votre traitement.
3. La fréquence de vos rendez-vous avec vos prestataires.
4. Ce que je peux faire pour vous aider dans votre traitement.

Merci. Je serai ravi de vous joindre.

SPÉCIALISTE DU HANDICAP

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COMMUNITY SERVICES OFFICE (BUREAU DES SERVICES
COMMUNAUTAIRES)