



STATE OF WASHINGTON

IDARA YA HUDUMA ZA JAMII NA AFYA (DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES)

**Mpango wa Wazee, Vipofu na Walemavu (ABD)
Ushiriki katika Matibabu ya Afya**

Tarehe

Nambari ya Mteja:

Tarehe ya Kuzaliwa:

Lugha:

Hujambo _____,

Ili uendelee kustahiki mpango wa Wazee, Vipovu na Walemavu (ABD), lazima:

- Ushiriki katika matibabu ya afya ya akili kwa hali yako ya ulemavu kulingana na WAC 388-449-0200.
- Ushiriki katika matibabu ya afya kwa hali yako ya ulemavu kulingana na WAC 388-449-0200.

Iwapo hutashiriki katika matibabu bila kuwa na sababu nzuri, huenda msaada wako wa ABD ukasimamishwa.

Tafadhali wasiliana nami kabla ya _____ ili kujadili matibabu unayopokea. Iwapo unahitaji usaidizi kupata matibabu au kupata mtoa huduma, nijulishe na nitajaribu kukusaidia.

Unapowasiliana nami, tutazungumza kuhusu yafuatayo:

1. Hali zako ya kiafya zinazokufanya upate ugumu katika kufanya kazi.
2. Watoa huduma unaotembelea kwa matibabu.
3. Idadi ya mara ambazo una miadi na watoa huduma wako.
4. Mambo ninayoweza kufanya ili kukusaidia katika matibabu yako.

Asante. Ninatumai kuwasiliana nawe.

NAMBARI YA SIMU

YA MTAALAMU WA ULEMAVU

OFISI YA HUDUMA ZA JAMII