



ریاست WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (شعبہ سماجی و صحتی خدمات)

Aged, Blind, or Disabled (عمر رسیدہ، نابینا یا معذور، ABD) پروگرام
طبی علاج میں شرکت

تاریخ

کلائنٹ نمبر:

تاریخ پیدائش:

زبان:

،

Aged, Blind, or Disabled (عمر رسیدہ، نابینا یا معذور، ABD) پروگرام کے لئے اہل رہنے کے لئے، آپ کو ضروری ہے:

WAC 388-449-0200 اپنی معذوری کی حالت کے لئے ذہنی صحت کے علاج میں حصہ لیں، اس کے مطابق۔

WAC 388-449-0200 کے مطابق اپنی غیر فعال حالت کے لئے طبی علاج میں حصہ لیں، اس کے مطابق۔

اگر آپ کسی اچھی وجہ کے بغیر علاج میں حصہ نہیں لیتے ہیں تو، آپ کی ABD مدد ختم ہوسکتی ہے۔

براہ مہربانی آپ کو ملنے والے علاج پر تبادلہ خیال کرنے کے لئے مجھ سے بزیرِ عملہ _____ رابطہ کریں۔ اگر آپ کو علاج حاصل کرنے یا فراہم کنندہ تلاش کرنے میں مدد کی ضرورت ہے تو مجھے بتائیں اور میں آپ کی مدد کرنے کی کوشش کروں گا۔

جب آپ مجھ سے رابطہ کریں گے، تو ہم مندرجہ ذیل کے بارے میں بات کریں گے:

1. آپ کی صحت کے حالات جو آپ کے لئے کام کرنا مشکل بنا رہے ہیں۔
2. وہ فراہم کنندگان جو آپ علاج کے لئے دیکھ رہے ہیں۔
3. آپ اپنے فراہم کنندگان کے ساتھ کتنی بار ملاقاتیں کرتے ہیں۔
4. میں آپ کے علاج کی حمایت کرنے کے لئے کیا کر سکتا ہوں۔

آپ کا شکریہ۔ میں آپ کے ساتھ رابطہ قائم کرنے کا منتظر ہوں۔

فون نمبر

ماہر امراض معذوری

COMMUNITY SERVICES OFFICE (دفتر کمیونٹی خدمات)