



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

수혜자 ID:

프로그램:

거주지 및 주요 생활 필수품 (HEN) 의뢰 무능력 여부 심의
Housing and Essential Needs (HEN) Referral Incapacity Review

HEN 의뢰에 대한 무능력 여부를 심의할 때가 되었습니다. 귀하의 건강상태가 388-447-0110에 따라 아직 일을 할 수 없는 상태인지를 확인해 귀하의 수혜자격을 결정하고자 합니다. 그러므로 귀하의 건강상태를 확인하는 데 필요한 귀하의 최근 건강정보를 보내주십시오. _____까지 이 정보가 접수되지 않으면 귀하의 HEN 의뢰 수혜자격은 _____일로 종결됩니다.

다음 정보를 제공해 주시기 바랍니다.

- 귀하의 의료건강의 및/또는 정신건강의에게 귀하의 건강상태를 증명할 수 있는 최근의 의료기록을 제공해 달라고 하십시오. 귀하나 귀하의 의사가 귀하의 건강상태를 명시한 의료기록부 또는 평가서를 동봉해 드린 반송용 봉투에 넣어 우편으로 부쳐 주시면 됩니다. 심리/정신건강 평가서(13-865 양식)는 <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms> 에서 입수할 수 있습니다.

귀하의 의료정보 기록부를 입수하는데 도움이 필요하거나 귀하나 귀하의 의사에게 질문이 있으시면 제게 전화하십시오.

장애 관련 업무 담당자

전화번호

보사부 사무처(CSO)