



የ WASHINGTON ግዛት

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(የማህበራዊ እና የጤና አገልግሎቶች መምሪያ)

ቀን:-

የደምበኛ ID(መለያ ቁጥር) :-

የጉዳይ ሰራተኛ:-

ቋንቋ:-

ለ Aged, Blind, or Disabled (አረጋግጥን፣ የዓይነ ስውራን፣ ወይም የአካል ጉዳተኛ፣ ABD)፣ Pregnant Women Assistance(ለነፍሰ ጡር ሴቶች እርዳታ፣ PWA)፣ ወይም ለ Housing and Essential Needs (የመኖሪያ ቤት እና አስፈላጊ ፍላጎቶች፣ HEN) ሪፈራል ፕሮግራም ብቁ ለመሆን፣ በ substance use disorder (አደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት) ሕክምና ውስጥ መሳተፍ አለብዎት።

በ WAC 388-449-0220 እና 388-447-0120 ያለ በቂ ምክንያት በ substance use disorder (አደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት) ህክምና ላይ ካልተሳተፉ፣ የ ABD፣ PWA፣ ወይም HEN ሪፈራል ብቁነትዎ ሊያበቃ ይችላል።

እባክዎ በሕክምና ውስጥ ተሳትፎዎን ለማረጋገጥ የ substance use disorder (አደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት) ዲስኦርደር ሕክምና ሰጪዎን በስልክ እኔን እንዲያነጋግሩኝ ይጠይቋቸው። ይህንን ቅጽም መሙላት ይችላሉ። አገልግሎት አቅራቢዎ ይህንን ቅጽ ከሞላ፣ እባክዎ ይህን ቅጽ እስከ ሞልተው ይመልሱ።

ወደዚህ ይመልሱ:-

ስልክ:-

ፋክስ:-

ይህ ክፍል የተጠናቀቀው በእርስዎ የ substance use disorder (አደንዛዥ ዕፅ አጠቃቀም መዛባት) ሕክምና አቅራቢ ነው:-

_____ በሚከተሉት ቀናት ለግምገማ ወይም ለህክምና ታይቷል:-
የደንበኛ ስም

ይህ ደንበኛ በሃኪም ቤት ውስጥ ሕክምና ወይስ የተመላላሽ ሕክምና ነው እየወሰደ ያለው?

ደንበኛው የሕክምና ፕሮግራምቻቸውን ለመጨረስ ቀጠሮ የተያዘላቸው መቼ ነው? _____

የደንበኛውን በህክምና ወይም በሌላ አስተያየት እንዴት መደገፍ እንደምንችል የሚሰጡን መክረ ሃሳቦች አሉዎት?

ስም	ቀን	ስልጣን(የመጠሪያ ርዕስ)	ስልክ ቁጥር
_____	_____	_____	_____
ወኪል		አድራሻ	
_____		_____	