



WASHINGTON ਸਟੇਟ

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ)

ਮਿਤੀ:

ਗਾਹਕ ID:

ਕੇਸ ਵਰਕਰ:

ਭਾਸ਼ਾ:

Aged, Blind, or Disabled (ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ, ABD), Pregnant Women Assistance (ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤ ਸਹਾਇਤਾ, PWA), ਜਾਂ Housing and Essential Needs (ਮਕਾਨ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਲੋੜਾਂ, HEN) ਰੈਫਰਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ substance use disorder (ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ) ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ WAC 388-449-0220 ਅਤੇ 388-447-0120 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਚੰਗੇ ਕਾਰਨ ਦੇ substance use disorder (ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ) ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਨਹੀਂ ਲੈਂਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ABD, PWA, ਜਾਂ HEN ਰੈਫਰਲ ਯੋਗਤਾ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ Substance Use Disorder (ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ) ਦੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹੋ।** ਉਹ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।

ਇਸ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਕਰੋ:

ਫੋਨ:

ਫੈਕਸ:

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ substance use disorder (ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ) ਦੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

\_\_\_\_\_ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ 'ਤੇ  ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ  ਇਲਾਜ ਵਾਸਤੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ:  
ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ

ਕੀ ਇਹ ਕਲਾਇੰਟ  ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਇਲਾਜ ਜਾਂ  ਆਊਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ?

ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲਾਇੰਟ ਕਦੋਂ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਸੁਝਾਅ ਹਨ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਟਿੱਪਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਿਵੇਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?

_____	_____	_____	_____
ਨਾਮ	ਮਿਤੀ	ਸਿਰਲੇਖ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ
_____	_____	_____	_____
ਏਜੰਸੀ	ਪਤਾ		