



ШТАТ WASHINGTON

**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)**

Дата:

Идентификационный номер клиента:

Ответственный сотрудник:

Язык:

Для сохранения права на участие в Aged, Blind, or Disabled (Программе для престарелых, слепых или инвалидов, ABD), Pregnant Women Assistance (Программе содействия беременным женщинам, PWA) или Housing and Essential Needs (Программе рекомендаций по вопросам жилья и получения первоочередной помощи, HEN), вы должны пройти лечение substance use disorder (расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ). Ваше право на участие в программах ABD, PWA или HEN может быть прекращено, если вы не пройдете лечение substance use disorder (расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ) без уважительной причины согласно WAC 388-449-0220 и 388-447-0120.

Обратитесь к своему поставщику услуг по лечению substance use disorder (расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ), либо свяжитесь со мной по телефону, чтобы проверить возможность участия в программе. Форму может также заполнить ваш поставщик услуг. Если форма заполняется поставщиком услуг, ее необходимо вернуть до _____.

Кому вернуть:

Телефон:

Факс:

Этот раздел заполняется поставщиком услуг по лечению substance use disorder (расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ):

_____ наблюдался для обследования или лечения в следующие даты:
ФИО КЛИЕНТА

Клиент проходит лечение стационарно или амбулаторно?

Когда планируется завершение программы лечения клиента? _____

Имеются ли у вас рекомендации относительно того, как мы можем содействовать участию клиента в программе лечения, либо другие комментарии?

ФИО ДАТА ДОЛЖНОСТЬ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС АГЕНТСТВА