



ESTADO DE WASHINGTON

**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD)**

Fecha:

Identificación de cliente:

Trabajador(a) social:

Idioma:

Para seguir siendo elegible para el programa Aged, Blind, or Disabled (Ancianos, Ciegos o Discapacitados, ABD), el programa Pregnant Women Assistance (Asistencia para Mujeres Embarazadas, PWA) o el programa de referencia Housing and Essential Needs (Vivienda y Necesidades Esenciales, HEN), usted debe participar en el tratamiento de substance use disorder (trastorno por consumo de sustancias).

Su elegibilidad respecto al ABD, PWA o HEN puede terminar si no participa en el tratamiento de substance use disorder (trastorno por consumo de sustancias) sin una buena causa según las normas WAC 388-449-0220 y 388-447-0120.

Pida a su proveedor de tratamiento de substance use disorder (trastorno por consumo de sustancias) que se ponga en contacto conmigo por teléfono para verificar su participación en el tratamiento.

El proveedor también puede completar este formulario. Si su proveedor completa este formulario, devuélvalo por _____.

Devolver a:

Teléfono:

Fax:

Esta sección la rellena su proveedor de tratamiento de substance use disorder (trastorno por consumo de sustancias):

_____ fue visto para una evaluación o tratamiento en las siguientes fechas:
NOMBRE DEL CLIENTE

¿Este cliente está participando en un tratamiento hospitalario o ambulatorio?

¿Para cuándo está previsto que el cliente termine su programa de tratamiento? _____

¿Tiene alguna recomendación sobre cómo podemos apoyar la participación del cliente en el tratamiento o algún otro comentario?

NOMBRE

FECHA

CARGO

NÚMERO DE TELÉFONO

AGENCIA

DIRECCIÓN