



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

个案当事人身份识别号码:

语言:

您必须于 \_\_\_\_\_ 之前提交证明文件, 用以证明您已完成药物滥用评估。  
日期

您的药物滥用评估建议您完成药物滥用障碍治疗。您必须于 \_\_\_\_\_ 之前提交证明文件, 用以证实您目前正在接受治疗。  
日期

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-447-0120 之规定, 若您未按照要求完成评估或治疗, 您的住房与基本需求补助计划 (HEN) 服务转介资格可能会终止。

---

您所在地区的药物滥用评估与治疗服务提供者包括:

如果您有任何疑问, 或者需要帮助寻找一位通过认证的药物滥用评估与治疗服务提供者, 请打电话与我联系。

\_\_\_\_\_  
社会服务专职人员

\_\_\_\_\_  
电话号码

\_\_\_\_\_  
社区服务处(CSO)