



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

កាលបរិច្ឆេទ ៖

លេខអតិថិជន ៖ _____

បុគ្គលិកសំណុំរឿង ៖ _____

ភាសា ៖ _____

សួរសុំ

យើងមិនអាចបញ្ជាក់ថាអ្នក ៖

បានបំពេញការវាយតម្លៃការប្រើសារធាតុដូចបានតម្រូវក្នុងលិខិតដែលចុះកាលបរិច្ឆេទ _____ ។

បានចូលរួមក្នុងការព្យាបាលដំឡើងការប្រើសារធាតុដូចបានតម្រូវក្នុងលិខិតដែលចុះកាលបរិច្ឆេទ _____ ។

សិទ្ធិទទួលបានការបញ្ជូនលំនៅដ្ឋាន និងតម្រូវការចាំបាច់របស់អ្នក (HEN) នឹងបញ្ចប់លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងថាអ្នកបានបំពេញតម្រូវការនេះ ឬ មានមូលហេតុល្អសម្រាប់ការមិនចូលរួមក្នុងមួយ WAC 388-447-0120។

សូម ៖

បំពេញជាមួយខ្ញុំលើ _____ នៅ _____
កាលបរិច្ឆេទ ពេលវេលា

សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំនៅ _____ ដោយ _____ ដើម្បីពិភាក្សាពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចចូលរួម។
ទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទ

អ្នកក៏អាចផ្ញើមកខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីការពន្យល់មូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចចូលរួមនៅ _____ ។
កាលបរិច្ឆេទ

រួមបញ្ចូលភស្តុតាងណាមួយដែលអ្នកមាន ដូចជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាល ជាមួយលិខិតរបស់អ្នក។
មតិយោបល់ ៖

ខ្ញុំរង់ចាំនិយាយជាមួយអ្នក។

_____ អ្នកឯកទេសពិការភាព

ទូរស័ព្ទ ៖ _____

CSO: _____