



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

个案当事人识别号码: _____

个案管理员: _____

语言: _____

您好,

我们无法确认您:

按照所署日期为 _____ 的函件要求而完成一次物质滥用评估。

按照所署日期为 _____ 的函件要求而参加一次物质滥用疾病治疗。

您的住房与基本需求补助计划(HEN)服务转介资格将会终止, 除非您依据华盛顿州行政法规 WAC 388-447-0120 之规定提供您满足此要求的证据或不参加治疗的正当理由。

请:

于 _____ 与我会面
日期 时间

于 _____ 之前讨论您为什么没能参加。
电话号码 日期

您也可以于 _____ 之前致函, 向我说明您为什么没能参加。
日期

来函时请随附相关证据, 例如医疗或治疗服务提供者的声明书等。

备注:

我希望与您联系。

残障病症专科医生 电话号码: _____

社区服务处(CSO): _____