



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자 번호: \_\_\_\_\_

사례 담당자: \_\_\_\_\_

언어: \_\_\_\_\_

안녕하세요,

저희는 귀하께서 다음 사항을 수행했는지 확인할 수 없었습니다.

일자 편지의 요구대로 약물 사용 평가서를 작성 \_\_\_\_\_.

일자 편지의 요구대로 약물 사용 장애 치료에 참여 \_\_\_\_\_.

이 요구사항을 충족했다는 근거 서류를 제출하지 않거나 WAC 388-447-0120 에 따른 정당한 미참여 사유가 없는 한, 귀하의 주택 및 필수 요구(Housing and Essential Needs, HEN) 위탁 수혜자격은 종료됩니다.

다음 사항에 유의해주시요.

저와의 면담 날짜: \_\_\_\_\_ 장소: \_\_\_\_\_  
날짜 시간

미참여 사유를 논의하려면 \_\_\_\_\_ 으로 \_\_\_\_\_ 까지 전화를 주십시오.  
전화번호 날짜

미참여 사유를 적은 서면 사유서를 까지 제게 보내셔도 좋습니다 \_\_\_\_\_.  
날짜

서한 제출 시 의료 제공자나 치료 제공자의 수검서 등 근거 자료를 첨부하십시오  
귀하의 연락을 기다리고 있겠습니다.

\_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
장애 전문가

CSO: \_\_\_\_\_