



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Ngày:

Số Thân Chủ: _____

Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ: _____

Ngôn Ngữ: _____

Xin chào,

Chúng tôi không thể xác nhận rằng quý vị:

Đã hoàn tất thẩm định việc lạm dụng chất gây nghiện theo yêu cầu trong thư đề ngày _____.

Đã tham gia điều trị chứng rối loạn do lạm dụng chất gây nghiện theo yêu cầu trong thư đề ngày _____.

Việc hội đủ điều kiện Giới Thiệu Nhu Cầu Thiết Yếu và Nhà Ở (HEN) sẽ chấm dứt trừ khi quý vị cung cấp bằng chứng mà quý vị có để đáp ứng yêu cầu này hoặc có một lý do chính đáng về việc không tham gia theo WAC 388-447-0120.

Xin:

Gặp tôi vào _____ lúc _____
NGÀY GIỜ

Gọi cho tôi theo số _____ trước _____ để bàn thảo lý do vì sao quý vị không thể tham gia.
SỐ ĐIỆN THOẠI NGÀY

Quý vị cũng có thể gửi cho tôi một văn bản giải thích lý do vì sao quý vị không thể tham gia trước

NGÀY
Bao gồm bất kỳ bằng chứng nào mà quý vị có, như báo cáo từ nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc điều trị, cùng với thư của quý vị.

Ý Kiến:

Tôi rất mong được nói chuyện với quý vị.

CHUYÊN GIA PHỤ TRÁCH TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT

Điện Thoại: _____

CSO: _____