



WASHINGTON ਰਾਜ
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ਤਾਰੀਖ:

ਕਲਾਇੰਟ ਨੰਬਰ: _____

ਭਾਸ਼ਾ: _____

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: _____

- ☐ ਤੁਹਾਨੂੰ _____ ਤੱਕ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਪੂਰਾ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ।
ਤਾਰੀਖ
- ☐ ਤੁਹਾਡਾ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਇਹ ਸਿਫ਼ਾਰਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ _____ ਤੱਕ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ।
ਤਾਰੀਖ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ, ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ (Aged, Blind, or Disabled, ABD) ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ (Pregnant Women Assistance, PWA) ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਕੋਡ (Washington Administrative Code, WAC) 388-449-0220 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਮੁਲਾਂਕਣ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ: _____

ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਗ

ਸਮਾਂ

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸ ਅਧਿਕਾਰੀ (Community Service Officer, CSO): _____