



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: \_\_\_\_\_

Язык: \_\_\_\_\_

Программа: \_\_\_\_\_

Вы обязаны предоставить подтверждение того, что вы прошли обследование на предмет употребления психоактивных веществ, до \_\_\_\_\_.  
ДАТА

Результаты обследования на предмет употребления психоактивных веществ указывают на необходимость лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Вы обязаны: представить подтверждение того, что вы проходите подобный курс лечения, до \_\_\_\_\_.  
ДАТА

Если вы не прошли обследование или оценку в соответствии с требованиями программы денежных пособий пожилым, слепым и инвалидам (Aged, Blind or Disabled, ABD) или программы помощи беременным женщинам (Pregnant Women's Assistance, PWA), то предоставление помощи может быть аннулировано в соответствии с WAC 388-449-0220.

---

Ниже приведены наименования и адреса некоторых специалистов и учреждений в вашем районе, занимающихся обследованиями и лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ:

Пожалуйста, позвоните мне, если у вас есть вопросы или вам нужна помощь в поиске сертифицированных специалистов и учреждений, занимающихся обследованиями и лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

РАБОТНИК СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ВРЕМЯ

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