



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número de cliente: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Debe entregar comprobantes de que ha completado una valoración de consumo de sustancias a más tardar el \_\_\_\_\_  
FECHA

Su valoración de consumo de sustancias recomienda que complete un tratamiento para trastorno del consumo de sustancias. Usted debe entregar comprobantes de que está participando en el tratamiento a más tardar el \_\_\_\_\_  
FECHA

Si usted no completa una valoración y/o un tratamiento según lo exigido, su asistencia de Ancianos, Ciegos o Discapacitados (por sus siglas en inglés, "ABD") o de Asistencia para Mujeres Embarazadas (por sus siglas en inglés, "PWA") puede terminar según WAC 388-449-0220.

Los proveedores de tratamientos y valoraciones de consumo de sustancias en su área son:

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA DE SERVICIO SOCIAL HORA

Teléfono: \_\_\_\_\_

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