



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

તારીખ:

ક્લાઈન્ટ નંબર: _____

ભાષા: _____

કાર્યક્રમ: _____

આપ અપંગતા આધારે રોકડ સહાય પ્રાપ્ત કરી રહ્યા છો. અમે વૃદ્ધ, અંધ, અથવા અક્ષમ (ABD) કાર્યક્રમ માટે તમારી યોગ્યતાની સમીક્ષા કરે છો:

ઓછામાં ઓછા દર 24 મહિના.

સોશિયલ સિક્યુરિટી એડમિનિસ્ટ્રેશન (એસએસએ) SSI અથવા SSDI માટે તમારી અરજી નકારે ત્યારે.

અમને તમારા નિષ્ક્રિય વિકલાંગતા વર્તમાન તબીબી પુરાવા જરૂર છે અથવા તમારા ABD રોકડ લાભ WAC 388-449-0150 મુજબ સમાપ્ત થશે. તબીબી પુરાવા ડબ્લ્યુએસી 388-449-0010 વ્યાખ્યાયિત માપદંડ પૂરી કરવી પડશે.

અમે _____ સુધી આ જાણકારી પ્રાપ્ત ન હોય તો, તમારા ABD રોકડ લાભ
_____ પર સમાપ્ત થશે.

તમે નીચેની જાણકારી પૂરી પાડવી જ જોઈએ:

વર્તમાન તબીબી પુરાવા પૂરી પાડવા માટે તમારા તબીબી અને / અથવા માનસિક આરોગ્ય પ્રદાતા પૂછે કરો. તમે અથવા તમારા પરરદાતા આ સાથે આપેલા વળતર પરબિડીયું ચાટર નોંધો અથવા મૂલ િકનસ રૂપો મેલ કરી શકો છો. માનસિક / મનોચિકિત્સા મૂલ િકન (DSHS ફોન 13-865) <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms> પર ડાઉનલોડ માટે ઉપલબ્ધ છે.

અપંગતા નિષ્ણાત

ફોન નંબર: _____

સામાજિક સેવાઓ કાર્યાલય: _____