



STATE OF WASHINGTON (ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ)

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ)

ਮਿਤੀ:

ਕਲਾਇੰਟ ਨੰਬਰ: _____

ਭਾਸ਼ਾ: _____

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: _____

ਤੁਸੀਂ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ Aged, Blind, or Disabled (ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ ਜਾਂ ਅਪਾਹਜ ABD) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਾਂ:

ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਹਰ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ।

ਜਦੋਂ SSI ਜਾਂ SSDI ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ Social Security Administration (ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ SSA) ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ABD ਨਕਦ ਲਾਭ WAC 388-449-0150 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣਗੇ। ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਨੂੰ WAC 388-449-0010 ਵਿੱਚ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਅਸੀਂ _____ ਦੁਆਰਾ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ABD ਨਕਦ ਲਾਭ _____ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣਗੇ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ Mental Health (ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ) ਪ੍ਰਦਾਤਾ/ਮੌਜੂਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੌਬੀਰਿਟਰਨ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਚਾਰਟ ਨੋਟ ਜਾਂ ਮੁਲਾਂਕਣ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ / ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਮੁਲਾਂਕਣ (DSHS ਫਾਰਮ 13-865) <https://www.dshs.wa.gov/forms> 'ਤੇ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੇ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

_____ ਅਪੰਗਤਾ ਮਾਹਰ

ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: _____

Community Services Office (ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ): _____