



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Дата:

Номер клиента: _____

Язык: _____

Программа: _____

Вы получаете денежное пособие в связи с инвалидностью. Мы проводим проверку вашего права на пособия Программы для престарелых, слепых и инвалидов (Aged, Blind, or Disabled, ABD):

- По крайней мере один раз в 24 месяца.
- В случае отказа Управления социального обеспечения (SSA) в предоставлении вам пособий SSI или SSDI.

Нам требуется медицинская документация, удостоверяющая наличие у вас заболевания, которое является причиной нетрудоспособности; в противном случае выплата вам денежного пособия как лицу, имеющему инвалидность категории ABD, будут прекращены в соответствии с WAC 388-449-0150. Медицинская информация должна удовлетворять критериям, изложенным в WAC 388-449-0010.

Если мы не получим запрашиваемую информацию до _____, выплата вам денежного пособия как лицу, имеющему инвалидность категории ABD будет прекращена _____.

Вы должны предоставить следующие сведения:

- Попросите вашего поставщика медицинских услуг и/или услуг в отношении психического здоровья предоставить текущие медицинские данные. Вы или ваш поставщик профильных услуг можете выслать диаграммы с данными или формы оценки состояния здоровья в прилагаемом конверте с обратным адресом. Форма оценки психологического/психического здоровья (форма DSHS 13-865) доступна для загрузки по адресу <https://www.dshs.wa.gov/office-of-the-secretary/forms>.

Позвоните мне, если вам необходима помощь в получении таких медицинских данных, или же если у вашего поставщика медицинских услуг есть вопросы.

СПЕЦИАЛИСТ ПО ВОПРОСАМ ИНВАЛИДНОСТИ

Телефон: _____

Отдел соц. обеспечения : _____