



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

当事人身份识别号码:

语言:

您必须于 之前提交证明文件, 用以证实您已完成药物依赖症状评估。

日期

经评估断定您有毒瘾或酒瘾症状。您必须于 _____ 之前提交证明文件, 用以证实您目前正在接受药物依赖症治疗。 日期

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-447-0120 之规定, 若您未按照要求完成评估及治疗, 您的住房与基本需求补助计划(HEN)服务转介资格可能会终止。

您所在地区的药物依赖症评估与治疗服务提供者包括:

如果您有任何疑问, 或者需要帮助寻找一位通过认证的药物依赖症评估与治疗服务提供者, 请打电话与我联系。

残障病症专科医生

电话号码

时间

社区服务处