Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

GIẤY GIỚI THIỆU THẨM ĐỊNH VỀ ADATSA/NGƯỜI LỚN

ADATSA/ADULT ASSESSMENT REFERRAL

CSO GIỚI THIỆU	NGÀY

PHẦN A. TIN TỨC NHẬN DIỆN

1. HỌ THÂN CHỦ | TÊN | TÊN LÓT

2. NGÀY SANH

3. SỐ ACES CỦA THÂN CHỦ

4. PHÁI ☐ Nam ☐ Nữ

5. SỐ AN SINH XÃ HỘI

6. SỐ ĐIỆN THOẠI HAY NHẮN TIN CỦA THÂN CHỦ

7. KHẢ NĂNH ANH NGỮ HẠN CHẾ ☐ Không ☐ Có NGÔN NGỮ CHÁNH:

8. ĐỊA CHỈ: ĐƯỜNG | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | KHU BƯU CHÁNH

PHẦN B. TIN TỨC VỀ BUỔI HẸN THẨM ĐỊNH

1. TÊN TRUNG TÂM THẨM ĐỊNH/TÊN CƠ QUAN

2. SỐ ĐIỆN THOẠI

3. ĐỊA CHỈ

4. NGÀY HẸN

5. GIỜ HẸN

Xin Ghi Chú: Mang theo mẫu này *(và mọi phụ bản)* cùng quý vị trong buổi hẹn. Nếu không giữ buổi hẹn này có thể đưa đến việc từ chối, trì hoãn hay chấm dứt quyền lợi của quý vị. Nếu không chấp nhận chương trình điều trị được trung tâm thẩm định mô tả có nghĩa là quý vị khước các điều kiện điều trị, xin hỏi nhân viên CSO.

PHẦN C. CHO TRUNG TÂM THẨM ĐỊNH

1. NGÀY LẬP ĐƠN

2. TÊN CƠ QUAN GIỚI THIỆU, KHÁC HƠN CSO (NHƯ BỆNH VIỆN, NHÀ TÙ, NHÀ GIẢI ĐỘC, V.V..., NẾU ÁP DỤNG)

3. SỐ ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN

4. LOẠI THÂN CHỦ (ĐÁNH DẤU TẤT CẢ NƠI NÀO ÁP DỤNG)

☐ TANF ☐ PPW ☐ ADATSA ☐ SSI/GAX ☐ Loại khác: _____

5. NHÓM ƯU TIÊN:

☐ Mang Thai ☐ CPS Giới Thiệu ☐ I.V. ☐ HH/Trẻ Em ☐ ADATSA Thường (Không Ưu Tiên)

6. Thân chủ có tên trên là (Đánh dấu ô thích hợp): ☐ Đương đơn ☐ Đang hưởng ☐ Chuyển từ nơi khác

☐ A. Thân chủ đủ điều kiện hưởng Mục XIX CNP. **Số PIC** _____

☐ TANF ☐ SSI ☐ Chương trình khác _____ HOẶC ☐ Kèm theo bản in thẻ y tế

☐ B. Chỉ xin Dịch Vụ ADATSA

☐ C. ☐ ADATSA và GAU (Xin cả hai) ☐ Đã thiết lập điều kiện hưởng GAU ☐ Chờ xét điều kiện hưởng GAU

☐ D. Những lý do nào khác khiến thân chủ được chuyển? _____

7. ☐ Các vấn đề thiếu năng lực/sức khỏe khác: _____

☐ A. Các thẩm định khác chờ cứu xét (ghi loại và ngày) _____

☐ B. Tin tức về y tế/tâm lý ☐ Tin tức kiểm tra đính kèm

☐ C. Nhu cầu đặc biệt cho thân chủ này. Mô tả: _____

8. Phê Bình/Điều Khác: _____

9. NHÂN VIÊN TÀI CHÁNH/PHỤ TRÁCH | SỐ ĐIỆN THOẠI

10. NHÂN VIÊN XÃ HỘI | SỐ ĐIỆN THOẠI

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO NHÂN VIÊN

The initiating worker:

1. Enters the referring community Services Office (CSO) name and current date.
2. Completes Section A, including the client's full name. The full middle name (not just initial) is requested.
3. Completes Section B when the assessment appointment is established.
4. Completes Section C:
   A. Item 1 designates date the application was initiated.
   B. Completes Items 2 and 3 by entering the name and telephone number of the agency or other entity that prompted the individual to seek chemical dependency services.
   C. Item 4 designates client's program type(s).
   D. Completes Item 5 designating the client's priority category by:
      1) Checking "Pregnant" for anyone currently pregnant or up to two months postpartum;
      2) Checking "CPS Referral" for anyone that is a direct referral for chemical dependency services from Children Protective Services;
      3) Checking "I.V. Drug" for anyone that is an intravenous drug user;
      4) Checking "HH/Children" for individuals with children in the home;
      5) Checking "No Priority" for everyone not included in the first four priorities.

NOTE: If the client is pregnant, contact the local assessment center immediately for an assessment, as these individuals are fast tracked through the assessment process.

   E. Completes either A, B, or C in Item 6, as appropriate. If Item A is checked, indicate Title XIX the PIC code for medical coverage.

5. Completes Items 7 and 8 as needed. Checks Item 7C if the client has a special need.
6. Completes Items 9 and/or 10 with the names and telephone numbers of the referring financial and social workers.