Washington State Department of Soc & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

सूचना के लिए अनुरोध
REQUEST FOR INFORMATION

तारीख

ग्राहक पहचान संख्या

आवेदक का नाम और पता

विन्डो एनवेलप के लिए यहाँ तह करें।

प्रिय आवेदकः

हमारे लिए आपके कार्यशील संबंध बाल देखभाल मामले को यथासम्भव नवीनतम और सही रखना महत्वपूर्ण है। इससे हमें यह सुनिश्चित करने में सहायता मिलती है कि आपके प्रदाता (provider) को प्राधिकरण (authorization) स्थिर और सही है, कि आप बाल देखभाल की सही मात्रा प्राप्त करें और आप बाल देखभाल की लागतों के अपने हिस्से से अधिक का भुगतान न करें। यह सुनिश्चित करने के लिए कि आपके लिए ऐसा हो रहा है, हम यह कहते हैं कि आप निम्नलिखित प्रदान करें:

☐

☐

☐

हमें _____ तक ऊपर सूचीबद्ध मद (मदों) की आवश्यकता है।

अगर आपको प्रश्न पूछने हैं, तो कृपया नीचे दिए गए नंबर पर कॉल करें।

_____ _____

बाल देखभाल कर्मचारी का नाम टेलीफोन नंबर