Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

PROŚBA O DOSTARCZENIE INFORMACJI

REQUEST FOR INFORMATION

DATA

NUMER IDENTYFIKACYJNY KLIENTA

IMIĘ, NAZWISKO I ADRES WNIOSKODAWCY

ZAGNIEŚĆ TUTAJ W PRZYPADKU KOPERTY Z OKIENKIEM

Szanowni Państwo!

Ważne jest dla nas, aby informacje dotyczące Państwa sprawy w programie Working Connections Child Care były możliwie aktualne. Pozwala nam to upewnić się, iż autoryzacja usług podmiotu świadczącego opiekę nad Państwa dzieckiem będzie trwała i prawidłowa, otrzymują Państwo adekwatny wymiar opieki nad dzieckiem a udział w kosztach opieki nad dzieckiem nie jest zbyt wysoki. Aby na pewno miało to miejsce w Państwa wypadku, prosimy o dostarczenie następujących informacji:

☐

☐

☐

Prosimy o dostarczenie wymienionych wyżej informacji do _____.

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny na poniżej podany numer.

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA DZIAŁU DS. OPIEKI NAD DZIECKIEM

NUMER TELEFONU