STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID Client:

Program:

Avem nevoie de următoarele informații pentru a deterrmina eligibilitatea dvs. pentru _____:

Dacă aveți nevoie de ajutor sau aveți nevoie de mai mult timp pentru a trimite oricare dintre aceste lucruri, sunați-mă la _____.

Dacă nu trimiteți informațiile cerute mai sus, atunci este posibil ca aplicația dvs. pentru asistență să fie respinsă.

_____
Lucrător Social

_____
Biroul de Servicii de Comunitate

Număr de Telefon: _____