STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID broj klijenta:

Program:

Sledeće informacije su nam potrebne radi određivanja vaše podobnosti za _____

Ako vam je potrebna pomoć ili više vremena za podnošenje bilo koje stavke, pozovite me na _____.

Izostanak podnošenja gore traženih informacija može dovesti do odbijanja vaše prijave za pomoć.

_____
Socijalni radnik

_____
Kancelarija javnih usluga

Broj telefona: _____