Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

በዋስትና ስለተያዘ ንብረት የተሰጠ መረጃ
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

ክፍል 1

ጉዳዩ፡ _____

የህብረተሰብ እና የጤና አገልግሎቶች ክፍል፡ ስሙ እላይ የትጻፈውን ሰው ብቁ መሆኑን እና አለመሆኑን፡ በመወሰን ሂደት ላይ ይገኛል። በዚህ ቅጽ ውስጥ በክፍል 2 ላይ የተጠየቀውን መረጃ ለመስጠት ስለተባበሩ አመሰግናለሁ።

_____
የፋይናንስ አገልግሎት ባለሞያ

ክፍል 2

እዚህ የተጠቀሰውን አካል _____ከእኔ ጋር ያለው የመተዋወቅ ዝምድና
ግለሰብ ወይም ኤጀንሲ

_____ሲሆን፤ ቀጥሎ የተዘረዘሩትን መረጃዎች ለየህብረተሰብ እና የጤና አገልግሎቶች ክፍል፡
ሐኪም፣ ጐረቤት፣ ዘመድ፣ ወዘተ።

መስጠት እንዲችል የውክልና ፍቃድ እሰጣለሁኝ።

_____ _____
የአመልካች/አገልግሎት ተቀባይ ፊርማ ቀን

ክፍል 3

መረጃን ለሚሰጥ ግለሰብ

እርስዎ፡ እውነት መሆኑን እርግጠኛ የሆኑበትን መረጃ ብቻ ይስጡ። መስጠት የምይችሉት መረጃ ካለ 'አላውቅም' ብለው ይምሉት። ቅጹ ላይ ፈርመው ቀኑን ይጻፉ፤ አድራሻዎ እና ስልክ ቁጥርዎ ይጻፉ። ተጨማሪ ቦታ ካስፈልግዎ፡ ሌላ ተጨማሪ ገጽ ከዚህጋ መያያዝ ይችላሉ።

_____ _____
ፊርማ ቀን

_____ _____
አድራሻ ስልክ ቁጥር