Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

LOCAL OFFICE	TELEPHONE NUMBER
CASE NUMBER	DATE

सहगामी (कोलाटेरल) जानकारी सम्बन्धी बयान

STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

खण्ड १

रि: _____

सामाजिक र स्वास्थ्य सेवा विभाग माथि उल्लिखित व्यक्तिको योग्यता जाँच गर्ने प्रक्रियामा छ। म तपाईंलाई यो फारामको खण्ड २ मा रहेका जानकारीहरु उपलब्ध गराइदिन आग्रह गर्दछु।

_____
आर्थिक सेवा विशेषज्ञ

खण्ड २

म अनुमति दिन्छु _____जसको सम्बन्ध मसित
व्यक्ति वा एजेन्सी

_____छ, लाई सामाजिक तथा स्वास्थ्य सेवा
चिकित्सक, छिमेकी, नातेदार, आदि।

विभागलाई निम्न जानकारी उपलब्ध गराउन।

_____ _____
निवेदक/प्रापकको हस्ताक्षर मिति

खण्ड ३

जानकारी उपलब्ध गराउने व्यक्तिका लागि

तपाईंले व्यक्तिगत रुपमा सही जान्नुभएको जानकारी मात्र दिनुस्। आफूलाई थाहा नभएको जानकारीका लागि अज्ञात लेख्नुस्। फाराममा हस्ताक्षर गरी मिति लेख्नुस्, तपाईंको ठेगाना र फोन नम्बर लेख्नुस्। यदि तपाईंलाई थप स्थान चाहिए कागजहरु संलग्न गर्नसक्नु हुन्छ।

_____ _____
हस्ताक्षर मिति

_____ _____
ठेगाना फोन नम्बर