STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

客户身份：

计划：

看起来您已经提出了辅助保险金申请。我将作为您的辅助保险金调解人，并在您的辅助保险金（SSI）申请被否决时帮助您。为您的 SSI 申请提出否决上诉是重要的。

如果您的 SSI 申请被否决，请立即打电话给我。

如果您的邮寄地址或电话号码有变动，请告知我们，以便于我们能够为您的 SSI 个案提供帮助。

如果您需要帮助，请给我打电话。

_____
社工

_____
社区服务办公室

电话号码：_____