STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ਤਾਰੀਖ:

ਕਲਾਇੰਟ ਨੰਬਰ: _____

ਭਾਸ਼ਾ: _____

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: _____

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਸਮਰੱਥਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ। ਵੱਡੀ ਉਮਰ, ਨੇਤਰਹੀਣਤਾ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਮੁਤਾਬਕ ਕਰਦੇ ਹਾਂ:

☐ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਵਾਰੀ।

☐ ਜਦ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ (SSA) ਤੁਹਾਡੀ SSI ਜਾਂ SSDI ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਸਮਰੱਥ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਤਕਲੀਫ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਡਾਕਟਰੀ ਸਬੂਤ _____ਤਕ ਦੇਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੈਸ਼ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੈਨਿਫਿਟ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਣਗੇ। WAC 388-449-0150.
ਤਾਰੀਖ

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ:

_____ ਟੈਲੀਫੋਨ:: _____

SSI ਫੈਸਿਲਿਟੇਟਰ ਸਮਾਂ

CSO: _____