STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

วันที่:

หมายเลขผู้รับบริการ: _____

ภาษา: _____

โครงการ: _____

ท่านได้รับเงินช่วยเหลือเนื่องจากสภาพความพิการของท่าน ทั้งนี้ทางหน่วยงานจะต้องพิจารณาทบทวนเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโครงการความช่วยเหลือเพื่อผู้สูงอาย บุคคลตาบอดหรือผู้พิการ:

☐ อย่างน้อยทุก 24 เดือน

☐ เมื่อหน่วยงานประกันสังคม (SSA) ปฏิเสธคำขอของท่านในส่วนของ SSI หรือ SSDI

ทางหน่วยงานขอให้ท่านกรุณาส่งหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันสถานะความพิการของท่าน

ท่านจะต้องส่งหลักฐานทางการแพทย์ภายในวันที่ _____ ไม่เช่นนั้นเงินช่วยเหลือและสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ของท่านจะสิ้นสุดลง WAC 388-449-0150.
วันที่

ท่านจะต้องแจ้งข้อมูลต่อไปนี้:

_____ โทร: _____
ผู้ประสานงาน SSI เวลา

CSO: _____