STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID cliente:

Programma:

Ci occorrono le seguenti informazioni per determinare la Sua idoneità per _____:

Se Le occorre aiuto o ha bisogno di più tempo per presentare quanto richiesto, può chiamarmi al recapito _____.

Qualora non presentasse le informazioni necessarie di cui sopra, la Sua richiesta di assistenza potrebbe essere respinta.

_____
Ufficio per servizi alla comunità
(Community Services Office)

Numero di telefono: _____