STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

வாடிக்கையாளர் அடையாள எண்:

திட்டம்:

_____ திட்டத்திற்கான உங்கள் தகுதியை நிர்ணயிக்கப் பின்வரும் தகவல்கள் தேவைப்படுகின்றன:

உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால் அல்லது கோரப்பட்டவற்றில் எவற்றையேனும் சமர்ப்பிக்கக் கூடுதல் அவகாசம் தேவைப்பட்டால் என்னை _____ என்ற எண்ணில் அழைக்கவும்.

மேலே கோரப்பட்ட தகவல்களை வழங்கத் தவறினால், உதவிக்கான உங்கள் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படலாம்.

_____
சமூக சேவை அலுவலகம்

தொலைபேசி எண்: _____