



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID អតិថិជន ៖

កម្មវិធី ៖

យើងត្រូវការព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ ដើម្បីកំណត់លក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នកសំរាប់ _____ ៖

បើអ្នកត្រូវការឲ្យគេជួយ, ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែម ដើម្បីបញ្ជូនវត្ថុណាមួយទៅឲ្យគេ, សូមទូរស័ព្ទទាក់ទងខ្ញុំ តាម _____ ។

ការខកខានមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលគេបានស្នើសុំខាងលើអាចនឹងបណ្តាលឲ្យមានការបដិសេធន៍សេចក្តីស្នើសុំជំនួយរបស់អ្នក ។

ការិយាល័យបំរើសហគមន៍

លេខទូរស័ព្ទ ៖ _____