



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID del cliente:

Programa:

Necesitamos la siguiente información a fin de determinar su elegibilidad para \_\_\_\_\_:

Si necesita ayuda o requiere más tiempo para presentar cualquiera de los artículos, llámeme al \_\_\_\_\_.

Si no presenta la información solicitada más arriba, puede que su solicitud de asistencia sea rechazada.

\_\_\_\_\_  
Oficina de Servicios Comunitarios

Número de teléfono: \_\_\_\_\_