LOCAL OFFICE	TELEPHONE
PRAKTIKA No.	DATË

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

DEKLARATË E INFORMACIONIT SHTESË
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

SEKSIONI 1

LËNDA: _____

Departamenti i shërbimeve shëndetësore dhe sociale është duke vendosur nëse dhe sa i takon të marrë ndihma personit të lartpërmendur. Lutemi na jepni informacionin e kërkuar në Seksionin 2 të këtij formulari.

_____
SPECIALIST I SHËRBIMEVE FINANCIARE

SEKSIONI 2

Autorizoj _____ marrëdhënia e të cilit me mua
PERSON OSE AGJENCI,

është _____ që t'i japë informacionet e mëposhtme Departamentit të shërbimeve
MJEK, FQINJË, KUSHËRI, ETJ.

shëndetësore dhe sociale.

_____

_____

_____

_____ _____
FIRMA E APLIKANTIT/TITULLARIT DATA

SEKSIONI 3

PERSONIT QË PO JEP INFORMACION

Jepni vetëm informacion për të cilin jeni personalisht të sigurt se është i vërtetë. Shkruani NUK E DI në rast se ju kërkohet informacion të cilin nuk mund ta ofroni. Nënshkruajeni formularin, vini datën, dhe jepni adresën dhe numrin tuaj të telefonit. Nëse keni nevojë për më shumë vend për të shkruar, mund të përdorni anën e pasme të këtij formulari.

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
FIRMA DATA

_____ _____
ADRESA NUMRI I TELEFONIT