Washington State
Department of Social
& Health Services

LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

DECLARAŢIE DE INFORMAŢII SUPLIMENTARE

STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

PRIMA PARTE

Ref.:_____

Departamentul pentru Servicii Sociale şi de Sănătate urmează să determine eligibilitatea persoanei mai sus menţionate. Aş aprecia dacă aţi putea furniza informaţiile solicitate în partea a 2-a a acestui formular.

_____
SPECIALIST SERVICIU FINANCIAR

PARTEA A 2-A

Autorizez _____ a cărei relaţie cu mine
PERSOANA SAU AGENŢIA

Este _____ să furnizeze următoarele informaţii Departamentul pentru Servicii
DOCTOR, VECIN, RUDĂ, ETC.

Sociale şi de Sănătate.

_____

_____

_____

_____ _____
SEMNĂTURA SOLICITANTULUI / BENEFICIARULUI DATA

PARTEA A 3-A

PENTRU PERSOANA CARE FURNIZEAZĂ INFORMAŢIILE

Furnizaţi numai informaţii pe care personal le consideraţi adevărate. Dacă nu puteţi furniza informaţii scrieţi NU ŞTIU (UNKNOWN). Semnaţi şi dataţi formularul, includeţi adresa şi numărul dvs de telefon. Dacă aveţi nevoie de mai mult spaţiu, puteţi scrie pe verso acestui formular.

_____

_____

_____

_____

_____ _____
SEMNĂTURA DATA

_____ _____
ADRESA NUMĂRUL DE TELEFON