Washington State
Department of Social
& Health Services

LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

OBRAZAC ZA DODATNE INFORMACIJE
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

DIO 1

Predmet: _____

Odsjek za društvene i zdravstvene djelatnosti je u procesu određivanja ispunjavanja uvjeta za gore navedenu osobu. Molim vas da pružite informacije tražene u 2. dijelu ovog obrasca.

_____
STRUČNJAK ZA FINANSIJSKE USLUGE

DIO 2

Dozvoljavam _____ čija je relacija sa mnom
OSOBA ILI AGENCIJA

_____ da Odsjeku za društvene i zdravstvene djelatnosti
LIJEČNIK, SUSJED, RODJAK, ITD.

pruži sljedeće informacije.

_____

_____

_____

_____ _____
POTPIS PODNOSIOCA MOLBE-PRIMAOCA USLUGA DATUM

DIO 3 ZA OSOBU KOJA PRUŽA INFORMACIJE:

Dajte samo informacije za koje osobno znate da su tačne. Upišite UNKNOWN za informacije koje ne možete dati. Potpišite obrazac, upišite datum, adresu i broj telefona. Ako vam treba više mjesta, koristite poleđinu ovog obrasca.

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
POTPIS DATUM

_____ _____
ADRESA BROJ TELEFONA