



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Fecha:

Número de cliente: _____

Trabajador del caso: _____

Idioma: _____

Programa: _____

No tenemos un Acuerdo de Reembolso de Asistencia Interina (IARA) actual firmado en nuestros registros. Este acuerdo permite al Estado de Washington recibir el reembolso en efectivo por la asistencia que usted recibió si fue aprobado para recibir SSI. Debe firmar un Acuerdo de Reembolso de Asistencia Interina (IARA) si solicitó SSI o si fue aprobado para recibir efectivo de ABD, de acuerdo al Código Administrativo de Washington (WAC) 388-449-0200 y 388-449-0210.

Si no firma y devuelve el Acuerdo de Reembolso de Asistencia (IARA) hasta el _____, dejará de recibir su asistencia de efectivo.

Por favor llámeme si tiene alguna pregunta.

Comentarios:

FACILITADOR SSI

Número de teléfono: _____

