



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
JUVENILE REHABILITATION ADMINISTRATION (JRA)

재정 정보 양식 안내
FINANCIAL INFORMATION SHEET INSTRUCTIONS

제목: _____

JRA 번호: _____

생년월일: _____

미성년자의 부/모 혹은 보호자는 해당 DSHS 및 JRA에서 미성년자를 보호하고 있었던 기간의 비용 일부를 지급해야 할 수 있습니다.

그러므로 동봉한 재무 정보 양식을 최선을 다해 작성해 주시기 바랍니다. 작성하신 양식은 동봉한 봉투에 넣어 아래로 보내주십시오.

OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY
PO BOX 9768
OLYMPIA WA 98507-9768

이 서신의 날짜로부터 **15일** 이내에 완전히 작성된 재무정보 양식을 보내지 않으면 채무 불이행으로 매달 **2,300**달러의 금액이 귀하에게 청구될 것입니다.

질문이 있으시면 _____에게, 1-800-562-6114, 내선 (으)로 월요일에서 금요일, 오전 8시 ~ 오후 5시 사이에 전화하실 수 있습니다.

Enclosures