



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Հաճախորդի համարը՝

Ծրագիրը՝

Մեզ հարկավոր է հետևյալ տեղեկությունը \_\_\_\_\_-ի համար Ձեր իրավասությունը որոշելու համար.

Եթե Ձեզ օգնություն կամ ավելի շատ ժամանակ է հարկավոր այս տեղեկությունը տրամադրելու համար, ապա խնդրում եմ զանգահարել ինձ՝ \_\_\_\_\_ հեռախոսահամարով:

Վերոհիշյալ տեղեկությունների չտրամադրումը կարող է օգնության համար Ձեր դիմումը մերժելու պատճառ դառնալ:

\_\_\_\_\_  
Համայնքային ծառայությունների գրասենյակ

Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_