



ولاية واشنطن
دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية

رقم هوية العميل:

البرنامج:

نحتاج إلى المعلومات التالية لتحديد أهليتك لـ _____:

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، أو بحاجة إلى الحصول على مزيد من الوقت لتقديم أي عنصر، يُرجى الاتصال بي على _____.
قد يؤدي عدم توفير المعلومات المطلوبة أعلاه إلى رفض طلب المساعدة الخاص بك.

مكتب خدمات المجتمع

رقم الهاتف: _____