



ЩАТА WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(ОТДЕЛ ПО СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ УСЛУГИ)

Клиентски идентификатор:

Програма:

Нуждаем се от следната информация, за да определим вашата допустимост за: _____

Ако имате нужда от помощ или се нуждаете от повече време, за да изпратите някой от артикулите, моля, обадете ми се на _____.

Неспазването на горепосочената информация може да доведе до отказ на вашата заявка за помощ.

Community Services Office (Служба за обществени услуги)

Телефонен номер: _____