



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

တောင်းခံသူ၏ သက်သေခံကတ်ပြား :

အစီအစဉ် :

သင်၏ ရရှိနိုင်ခွင့်ကို ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါသတင်းအချက်အလက်များ လိုအပ်ပါသည် _____ :

အကယ်၍သင်သည် အကူအညီများလိုအပ်ပါက၊ သို့မဟုတ် အခြားအကြောင်းအရာများတင်သွင်းရန်အတွက် အချိန်ပိုမိုလိုအပ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြုပြီး ကျွန်ုပ်အားဖုံးခေါ်ပါ

အထက်တွင်တောင်းခံသောသတင်းအချက်အလက်များအား ဖြည့်စွက်ရန်ပျက်ကွက်ပါက၊ အကူအညီထောက်ပံ့ရန်အတွက် သင်၏လျှောက်လွှာအား ငြင်းဆိုသောအဖြေရရှိပါလိမ့်မည်။

လူ့အဖွဲ့အစည်းလုပ်ငန်းများရုံးခန်း

တယ်လီဖုန်းနံပါတ် : _____