



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

شماره شناسایی شخص

برنامه

ما به منظور بررسی تعیین صلاحیت شما برای _____ نیاز به اطلاعات زیر داریم:

اگر نیاز به کمک داشته، یا برای فرستادن هریک از آنها زمان بیشتری لازم داشتید، لطفاً با من در شماره _____ تماس بگیرید.
اگر اطلاعات خواسته شده فوق را نفرستید ممکن است درخواست شما برای کمک رد شود.

_____ دفتر خدمات اجتماعی

_____ شماره تلفن: