



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID client :

Programme :

Les informations suivantes nous sont nécessaires afin de déterminer votre éligibilité pour \_\_\_\_\_ :

Pour toute assistance ou si vous avez besoin de plus de temps pour fournir l'un des documents, veuillez m'appeler au \_\_\_\_\_.

Si vous ne nous fournissez pas toutes les informations demandées ci-dessus, votre demande d'assistance pourra être refusée.

\_\_\_\_\_  
Bureau des services de communauté

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_