



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 : _____