



WASHINGTON રાજ્ય
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (સામાજિક અને સ્વાસ્થ્ય સેવાઓનું ખાતુ)

ક્લાયન્ટ આઇડી:

પ્રોગ્રામ:

માટે તમારી પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે અમને નીચેની માહિતીની આવશ્યકતા છે _____:

જો તમને કોઈ મદદની અથવા તો કોઈ પણ વસ્તુ સબમિટ કરવા માટે વધુ સમયની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને મને અહીં કોલ કરો _____.

જો ઉપરોક્ત માંગેલી માહિતી તમે પ્રદાન નહીં કરો, તો તમારી મદદ માટેની અરજી નામંજૂર થઈ શકે છે.

Community Services Office (સામુદાયિક સેવા કાર્યાલય)

ટેલિફોન નંબર: _____