



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID Kliyan:

Pwogram:

Nou bezwen enfòmasyon ki annaprè yo pou detèmine elijiblite w pou _____:

Si ou bezwen èd, oswa ou bezwen plis tan pou soumèt nenpòt nan atik sa yo, tanpri rele m nan _____.

Si ou pa bay enfòmasyon nou mande yo sa ka lakoz nan refi aplikasyon w pou asistans.

Biwo Sèvis Kominotè

Nimewo Telefòn: _____