



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID Klien:

Program:

Kami memerlukan maklumat berikut untuk menentukan kelayakan anda \_\_\_\_\_:

Jika anda memerlukan bantuan, atau memerlukan lebih banyak masa untuk menyerahkan mana-mana item, sila hubungi saya di \_\_\_\_\_.

Kegagalan untuk membekalkan maklumat yang diminta di atas boleh menyebabkan penafian permohonan anda untuk mendapatkan bantuan.

\_\_\_\_\_  
Pejabat Perkhidmatan Komuniti

Nombor telefon: \_\_\_\_\_