



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ക്ലെയർ ഐഡി:

പ്രോഗ്രാം:

നിങ്ങളുടെ യോഗ്യത നിർണ്ണയിക്കാൻ ഞങ്ങൾക്ക് ഇനിപ്പറയുന്ന വിവരങ്ങൾ ആവശ്യമാണ് \_\_\_\_\_:

നിങ്ങൾക്ക് സഹായം ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ഇനങ്ങൾ സമർപ്പിക്കാൻ കൂടുതൽ സമയം ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി എന്നെ വിളിക്കുക \_\_\_\_\_  
മുകളിൽ അഭ്യർത്ഥിച്ച വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുന്നത് സഹായത്തിനായി നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ നിരസിക്കുന്നതിന് കാരണമായേക്കാം.

\_\_\_\_\_ കമ്മ്യൂണിറ്റി സേവന ഓഫീസ്

ടെലിഫോൺ നമ്പർ: \_\_\_\_\_