



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ग्राहकको आइडी:

कार्यक्रम:

निम्नका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न हामीलाई निम्न जानकारी आवश्यक छ \_\_\_\_\_:

यदि तपाईंलाई मद्दत आवश्यक हुन्छ वा कुनै पनि वस्तुहरू पेश गर्न थप समय आवश्यक छ भने, कृपया मलाई यहाँ फोन गर्नुहोस्\_\_\_\_\_.  
माथि अनुरोध गरिएको जानकारी आपूर्ति गर्न असफल भएमा यसले सहायताका लागि तपाईंको आवेदन अस्वीकार गर्न सकिने परिणाम निम्त्याउन  
सक्छ।

\_\_\_\_\_  
सामुदायिक सेवा कार्यालय

टेलिफोन नम्बर: \_\_\_\_\_