



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID do cliente:

Programa:

Precisamos das informações seguintes para determinar sua elegibilidade para _____:

Se precisar de ajuda ou de mais tempo para enviar qualquer um dos itens, me contate ligando para _____.

Não fornecer as informações indicadas acima pode resultar na recusa de sua candidatura para assistência.

Community Services Office

Número de telefone: _____