



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Cod client:

Program:

Avem nevoie de următoarele informații pentru a determina eligibilitatea dvs. pentru \_\_\_\_\_:

Dacă aveți nevoie de ajutor sau aveți nevoie de mai mult timp pentru a trimite oricare dintre elemente, vă rog să mă sunați la \_\_\_\_\_.

Nefurnizarea informațiilor solicitate mai sus poate duce la respingerea cererii dvs. de asistență.

\_\_\_\_\_  
Biroul de servicii comunitare

Număr de telefon: \_\_\_\_\_