



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID klijenta:

Program:

Potrebne su nam sljedeće informacije kako bismo utvrdili da li imate pravo na \_\_\_\_\_:

Ako vam je potrebna pomoć ili više vremena da pošaljete potrebne podatke, molim da me pozovete na \_\_\_\_\_.

Ako ne dostavite gore tražene podatke, može doći do odbijanja vaše molbe za pomoć.

\_\_\_\_\_  
Community Services Office (Kancelarija za pružanje pomoći zajednici)

Broj telefona: \_\_\_\_\_