



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID ya Mteja:

Programu:

Tunahitaji taarifa zifuatazo ili kuamua ustahiki wako wa \_\_\_\_\_:

Ikiwa unahitaji msaada, au unahitaji muda zaidi wa kutuma vipengele vyovyote, tafadhali nipigie kwa nambari \_\_\_\_\_.

Kushindwa kutoa taariza zilizohitajika hapo juu kunaweza kusababisha kukataliwa kwa maombi yako ya msaada.

\_\_\_\_\_  
Ofisi ya Huduma za Jumuiya

Nambari ya Simu: \_\_\_\_\_