



WASHINGTON மாநிலம்
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (சமூக மற்றும் சுகாதாரச் சேவைகள் துறை)

வாடிக்கையாளர் அடையாள எண்:

திட்டம்:

_____ -க்காக உங்கள் தகுதியை நிர்ணயிக்க பின்வரும் தகவல்கள் எங்களுக்குத் தேவைப்படுகிறது:

உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டாலோ அல்லது எந்தவொரு தகவல்களையும் சமர்ப்பிக்கக் கூடுதல் நேரம் தேவைப்பட்டாலோ, தயவுசெய்து எனக்கு _____ என்ற எண்ணில் அழைக்கவும். மேலே கோரப்பட்ட தகவலை வழங்கத் தவறினால், உதவிக்கான உங்கள் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படலாம்.

Community Services Office (சமூக சேவைகள் அலுவலகம்)

தொலைபேசி எண்: _____