



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

รหัสประจำตัวผู้รับบริการ:

โปรแกรม:

เราต้องการข้อมูลต่อไปนี้เพื่อกำหนดการเข้าเกณฑ์ของคุณสำหรับ \_\_\_\_\_:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการเวลาเพิ่มเติมเพื่อส่งรายการใดๆ โปรดติดต่อข้าพเจ้าที่ \_\_\_\_\_

หากไม่จัดเตรียมข้อมูลที่ขอข้างต้นให้ อาจทำให้การยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือของคุณถูกปฏิเสธ

\_\_\_\_\_

สำนักงานบริการชุมชน

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_