



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Ідентифікаційний  
номер клієнта:

Програма:

Нам потрібна наступна інформація, щоб визначити чинність вашого права на \_\_\_\_\_:

Якщо вам необхідна допомога, або вам треба більше часу для надання будь-яких документів, будь ласка, зателефонуйте мені за номером \_\_\_\_\_.

Невиконання вимог щодо надання вищезазначеної інформації може призвести до відмови у задовільненні вашого прохання в заяві про допомогу.

\_\_\_\_\_  
Офіс суспільних послуг

Номер телефону: \_\_\_\_\_