



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

کلانٹ آئی ڈی:

پروگرام:

ہمیں _____ کے لئے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کیلئے مندرجہ ذیل معلومات کی ضرورت ہے:

اگر آپ کو مدد کی ضرورت ہے، یا کسی بھی چیزوں کو جمع کرانے کے لئے مزید وقت کی ضرورت ہے، تو مجھے
_____ پر فون کریں۔

مندرجہ بالا درخواست کردہ معلومات فراہم کرنے میں ناکامی کا نتیجہ امداد کے لئے آپ کی درخواست سے ممکنہ طور پر انکار کی
صورت میں نکل سکتا ہے۔

_____ کمپونٹی سروسز آفس

_____ ٹیلیفون نمبر: