



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Mã khách hàng:

Chương trình:

Chúng tôi cần thông tin sau để xác định việc quý vị có đủ tiêu chuẩn để tham gia chương trình _____:

Nếu quý vị cần giúp đỡ, hay cần có thêm thời gian để nộp bất cứ khoản nào, yêu cầu gọi điện thoại cho tôi ở số _____.

Nếu quý vị không cung cấp những thông tin yêu cầu ở trên, đơn xin giúp đỡ của quý vị có thể bị từ chối.

Văn phòng Dịch vụ Cộng đồng (Community Services Office)

Số điện thoại: _____