STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

شناسه مشتری:

نام طرح:

اطلاعات ما نشان می‌دهند که شما یک درخواست درآمد بیمه تکمیلی تنظیم کرده‌اید. شما بایستی با فرایند درخواست و فرایند تجدید نظر درآمد بیمه تکمیلی همکاری نمایید. من تسهیل‌گر درآمد بیمه تکمیلی هستم و به شما کمک خواهم کرد در صورت رد شدن درخواست درآمد بیمه تکمیلی‌تان یک درخواست تجدید نظر تنظیم کنید. برای اینکه من بتوانم در فرایند درآمد بیمه تکمیلی کمکتان کنم، شما لازم است:

- **در صورت رد شدن درخواست درآمد بیمه تکمیلی خود سریعاً با من تماس بگیرید.**
- نسخه‌ای از هر کدام از نامه‌های دریافتی خود درباره درآمد بیمه تکمیلی را در اختیار من بگذارید.
- در صورت تغییر نشانی پستی یا شماره تلفن خود، مراتب را به من اطلاع دهید.
- در صورت نیاز به کمک با من تماس بگیرید.

اگر بدون دلیل موجه زمانی که از شما درخواست می‌شود با من دیدار نداشته باشید یا با فرایند درخواست و تجدید نظر درآمد بیمه تکمیلی همکاری نکنید، مزایای نقدی شما به موجب WAC 388-449-0200 متوقف خواهند شد.

توضیحات:

_____
تسهیل‌گر درآمد بیمه تکمیلی

_____
دفتر خدمات اجتماعی

شماره تلفن: _____