



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

수혜자/의뢰인 ID:

프로그램:

저희 기록에 의하면 생계보조비(SSIF) 신청서를 이미 제출하신 것으로 되어 있습니다. 귀하는 반드시 SSIF 신청과 항소 절차에 협조해야 합니다. 저는 귀하의 SSIF 업무촉진담당자입니다. 혹 귀하의 생계보조비(SSIF) 신청이 거절조치될 경우 항소를 하실 수 있도록 도와드리겠습니다. 제가 SSIF 절차를 도와드릴 수 있도록 다음을 해 주시기 바랍니다.

- **SSIF 신청이 거절조치되면 즉시 제게 연락주십시오.**
- 귀하의 SSIF 신청과 관련해 받은 모든 서신 사본을 제게 제공해 주십시오.
- 귀하의 우편 주소와 전화번호가 변경되면 제게 알려주십시오.
- 도움이 필요하시면 제게 전화하십시오.

요청한 면담을하지 않거나 합당한 이유 없이 SSIF 신청 및 항소 절차 업무에 협조하지 않으면 WAC 388-449-0200 에 따라 귀하의 현금보조금이 종결될 수 있습니다.

비고:

SSIF 업무촉진담당자

보사부 사무처(CSO)

전화번호: _____