



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자/의뢰인 번호: _____

사례담당자: _____

언어: _____

프로그램: _____

저희 서류철에 귀하가 서명한 보조금 환불 잠정 동의서(Interim Assistance Reimbursement Agreement, IARA)가 없습니다. 워싱턴 주정부는 이 동의서에 의거해 귀하의 SSI 수혜 승인 아래 귀하에게 제공된 현금보조금을 환불 받을 수 있습니다. SSI 를 신청하셨거나 ABD 현금보조금을 승인 받았다면 워싱턴주 행정법(WAC) 388-449-0200 및 388-449-0210 에 따라 반드시 보조금 환불 잠정 동의서(IARA)에 서명하셔야만 합니다.

_____까지 동봉해 드린 보조금 환불 동의서(IARA)를 서명해서 보내주지 않으시면 귀하의 현금보조금이 중단될 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 제게 전화하십시오.

의견:

전화번호: _____

SSI 담당자

