



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
(ESTADO DE WASHINGTON DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD)

Fecha:

Número de cliente: _____
Trabajador(a) social: _____
Idioma: _____
Programa: _____

No tenemos una Interim Assistance Reimbursement Authorization (Autorización de Reembolso de Asistencia Interina, IARA) firmada y vigente en nuestros registros. Esta autorización permite que se le reembolse al Estado de Washington la asistencia en efectivo que recibió si le aprueban el SSI. Debe firmar una Autorización de Reembolso de Asistencia Interina (IARA) si solicitó el SSI o fue aprobado para asistencia en efectivo para las Personas Mayores, Ciegas o con Discapacidades (ABD, por sus siglas en inglés) según el Washington Administrative Code (Código Administrativo de Washington, WAC) 388-449-0200 y 388-449-0210.

Si no firma y devuelve la Autorización de Reembolso de Asistencia Interina (IARA) adjunta antes del _____, su asistencia en efectivo será suspendida.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarme.

Comentarios:

FACILITADOR DEL SSI

Número de teléfono: _____

**INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT
AUTHORIZATION COVER**
DSHS 14-503 SP (REV. 01/2022) Spanish



14503