



申请声明
Application Attestation



受益人姓名
WA Cares ID 号码

请确认并签署以启动您的申请流程。

本人签署此申请声明，即表示确认正在申请 WA Cares Fund 福利金。本人宣誓，根据华盛顿州法律，若作伪证将承担相应法律责任，本人所提供的信息据本人所知均真实准确。

除非已有现行的代表人文件存档，否则申请人与法定代表人均须签名。若申请人无法签名，可标记“x”代替。

申请人信息

申请人签名	日期	工整填写姓名
法定代表人签名	日期	工整填写姓名
见证人签名（若以“X”代签则须见证人签名）	日期	工整填写姓名