



신청 선언
Application Attestation



수혜자 이름
WA Cares ID 번호

확인 및 서명을 통해 귀하의 신청을 시작해주시요.

본 신청 선언에 서명함으로써 본인은 WA Cares Fund 혜택 신청을 인정합니다. 본인은 워싱턴주 법률에 따른 위증 시 처벌 조건에 따라 본인이 알고 있는 한 정확한 사실에 해당하는 정보를 제공할 것을 선서합니다.

현재 대리 문서가 등록되어 있지 않은 한 신청인과 법적 대리인 모두 서명해야 합니다. 신청인이 서명을 할 수 없다면 x 표시를 할 수 있습니다.

신청인 정보

신청인 서명	날짜	이름(정자체로 기입)
법적 대리인 서명	날짜	이름(정자체로 기입)
증인 서명(X로 서명한 경우)	날짜	이름(정자체로 기입)

DSHS 14-555 KO (09/2025) Korean