

نام ذینفع



تأییدیه درخواست
Application Attestation

شماره شناسه WA Cares

لطفاً برای شروع درخواست خود، تأیید و امضا نمایید.

با امضای این تأییدیه درخواست، تأیید می‌کنم که برای دریافت مزایای صندوق WA Cares اقدام می‌نمایم. با اقرار به مجازات شهادت دروغ طبق قوانین ایالت واشنگتن، سوگند یاد می‌کنم اطلاعاتی که ارائه می‌دهم، تا جایی که می‌دانم، صحیح و دقیق است. متقاضی و نماینده قانونی هر دو باید امضا کنند، مگر اینکه سند نمایندگی ثبت‌شده‌ای در پرونده موجود باشد. اگر متقاضی قادر به امضا نیست، میتواند با درج علامت X، امضا کند.

اطلاعات متقاضی

امضای متقاضی	تاریخ	نام کامل و خوانا
امضای نماینده قانونی	تاریخ	نام کامل و خوانا
امضای شاهد (در صورت امضا با X)	تاریخ	نام کامل و خوانا

DSHS 14-555 PE (09/2025) Persian (Farsi / Dari)