



**Pagpapatunay sa  
Aplikasyon**  
Application Attestation



Pangalan ng Benepisyaryo

Numero ng ID ng WA Cares

**Mangyaring kumpirmahin at pumirma upang simulan ang inyong aplikasyon.**

Sa pamamagitan ng paglagda sa pagpapatunay na ito ng aplikasyon, kinikilala kong ako ay nag-aaplay para sa benepisyo ng WA Cares Fund. Ako ay nanunumpa, sa ilalim ng parusa para sa maling panunumpa alinsunod sa mga batas ng Estado ng Washington, na magbibigay ako ng impormasyon na totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Parehong dapat lumagda ang aplikante at ang legal na kinatawan maliban kung may kasalukuyang dokumento ng kinatawan na naka-file. Kung hindi makapirma ang aplikante, maaari silang maglagay ng markang x.

**Impormasyon ng Aplikante**

Lagda ng Aplikante	Petsa	Nakalimbag na Pangalan
Lagda ng Legal na Kinatawan	Petsa	Nakalimbag na Pangalan
Lagda ng Saksi (kung nilagdaan ng isang X)	Petsa	Nakalimbag na Pangalan

DSHS 14-555 TA (09/2025) Tagalog