DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
CONSTITUENT SERVICES

Спросите DSHS

Ask DSHS

Благодарим вас за обращение в DSHS Constituent Services - Бюро обслуживания избирателей при Департаменте социального обеспечения и здравоохранения (DSHS).

Правила обеспечения конфиденциальности запрещают нам обсуждать конкретные досье/дела в режиме обмена электронными сообщениям; таким образом, мы не можем отвечать на запросы, в том числе на запросы в связи с изменением обстоятельств (адрес, номер телефона, состав семьи, начало/окончание трудоустройства, отмена льгот и т.д.), направленные нам по электронной почте.

Вы можете Сообщить об изменениях в ваших финансовых и семейных обстоятельствах, а также найти релевантную информацию на веб-сайте Washington Connection , создав учетную запись получателя льгот. Вы также можете связаться с вашим местным отделением Департамента DSHS; чтобы подать заявление на получение льгот DSHS, перейдите на веб-сайт Washington Connection .

DSHS Constituent Services
PO Box 45130
Olympia, WA 98504-5130
(800) 737-0617

В экстренных случаях звоните по бесплатному номеру, который указан выше. Вам будут предложены услуги устного перевода.

Обработка данной формы может занять до двух недель.

Электронная почта не является безопасным способом обмена информацией. При использовании серверов электронной почты общего пользования (Gmail, Hotmail, Yahoo и т.д.) существует риск доступа к вашей информации неуполномоченных третьих лиц. Помните об этом, обращаясь в DSHS по электронной почте. Направляя вам конфиденциальную информацию по электронной почте, DSHS пользуется безопасными почтовыми системами.

Исходя из требований обеспечения конфиденциальности, мы не можем пересылать определенную информацию по Интернету, поэтому просим вас предоставить нам возможность связываться с вами другим способом - к примеру, укажите почтовый адрес или номер телефона.

Оставьте отзыв или подайте запрос. Мы приветствуем все ваши комментарии и предложения.

*** Поля, обязательные к заполнению**. Все остальные поля заполняются по желанию.

ТИП ОТЗЫВА * ☐ Жалоба ☐ Предложение ☐ Положительный отзыв ☐ Вопрос ☐ Запрос	ТЕМА *
ВАШЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ *	КЛИЕНТ ИЛИ ЛИЦО, НУЖДАЮЩЕЕСЯ В ОБСЛУЖИВАНИИ (ЕСЛИ НЕ ВЫ)

Клиент - несовершеннолетнее лицо: ☐ Да ☐ Нет

Хотите получить ответ? ☐ Да ☐ Нет

Предпочитаемый способ связи с вами (если вы хотите получить ответ): ☐ Электронная почта ☐ Обычная почта ☐ Телефон

Помните: мы не можем пересылать личную информацию по электронной почте.

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ *	НОМЕР ДОСЬЕ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО):

СООБЩЕНИЕ *