



ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)
DIVISION OF PROGRAM INTEGRITY (DPI)

**(Разрешение DPI на разглашение информации)
DPI Authorization for Release of Information**

КОНТРОЛЬНЫЙ
НОМЕР ДЛЯ
ПРОВЕРКИ
КАЧЕСТВА

Укажите всех членов семьи (взрослых и детей):

Имя(ена) клиента(ов)	
Имя(ена) несовершеннолетнего(их) ребенка (детей)	
Я предоставляю разрешение Division of Program Integrity (Управлению по целостности программ) связываться с любыми лицами или учреждениями с целью предоставления любой информации, запрошенной Department of Social and Health Services (Департаментом социальных услуг и охраны здоровья), Division of Program Integrity (Управлением по целостности программ), с целью проверки права моей семьи на получение государственной помощи от штата Washington. Копия и оригинал настоящего разрешения, удостоверенного подписью, имеет одинаковую юридическую силу.	
Подпись	Дата
Подпись	Дата