



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

গ্রাহক আইডি:

প্রোগ্রাম:

আপনার এর জন্য যোগ্যতা নির্ধারণ করতে আমাদের নিম্নলিখিত তথ্য প্রয়োজন _____:

যদি আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হয়, বা কোনো বিষয় জমা দেওয়ার জন্য আরো বেশি সময়ের প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে আমাকে ফোন করুন এই নম্বরে _____.

উপরের অনুরোধকৃত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে সহায়তা জন্য আপনার আবেদন প্রত্যাখ্যাত হতে পারে।

কমিউনিটি সার্ভিস অফিস

টেলিফোন নম্বর: _____