



WASHINGTON राज्य
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (सामाजिक एवं स्वास्थ्य सेवा विभाग)

क्लाइंट आईडी:

प्रोग्राम:

_____ के लिए आपकी योग्यता निर्धारित करने के लिए हमें निम्न जानकारी की ज़रूरत है:

अगर आपको किसी मदद की ज़रूरत हो, या किसी आइटम को सबमिट करने के लिए ज़्यादा समय चाहिए, तो कृपया मुझे
_____ पर कॉल करें।

उपरोक्त माँगी गई जानकारी प्रदान करने में विफलता के परिणामस्वरूप सहायता के लिए आपका आवेदन नामंजूर किया जा सकता है।

Community Services Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय)

टेलीफ़ोन नंबर: _____