



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

受給者 ID :

プログラム :

_____の受給資格を審査するため、以下の情報が必要となります :

ヘルプが必要な場合、またはいずれかの項目の提出に更に時間が必要な場合は、_____までお電話ください。

上記でお願いした情報をご提出いただけない場合、支援の申請が却下される可能性があります。

Community Services Office (コミュニティ・サービス局)

電話番号 : _____