



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

شماره شناسایی شخص

برنامه

ما به منظور بررسی تعیین صلاحیت شما برای \_\_\_\_\_ نیاز به اطلاعات زیر داریم:

اگر نیاز به کمک داشته، یا برای فرستادن هریک از آنها زمان بیشتری لازم داشتید، لطفاً با من در شماره \_\_\_\_\_ تماس بگیرید.  
اگر اطلاعات خواسته شده فوق را نفرستید ممکن است درخواست شما برای کمک رد شود.

\_\_\_\_\_ دفتر خدمات اجتماعی

\_\_\_\_\_ شماره تلفن: