



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ID ng Kliyente:

Programa:

Kailangan namin ang sumusunod na impormasyon upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat para sa \_\_\_\_\_:

Kung kailangan mo ng tulong, o kailangan ng mas maraming oras upang isumite ang anuman sa mga aytem, mangyaring tawagan ako sa \_\_\_\_\_.

Ang pagkabigo na maibigay ang mga hiniling na impormasyon sa itaas ay maaaring magresulta sa pagtanggì ng iyong aplikasyon para sa tulong.

\_\_\_\_\_  
Community Services Office

Numero ng telepono: \_\_\_\_\_