



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

Müşteri ID:

Program:

_____ için uygunluğunuzu belirlemek için aşağıdaki bilgilere
ihtiyacımız vardır:

Yardıma veya maddelerden herhangi birini teslim etmek için daha fazla zamana ihtiyacınız varsa, lütfen şu numaradan
bana ulaşınız _____.

Yukarıda istenen bilgileri temin etmemeniz, yardım başvurunuzun reddedilmesine neden olabilir.

Toplum Hizmetleri Ofisi

Telefon numarası: _____