



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

当事人身份识别号码:

计划名称:

我们的记录指明,您已经提出安全收入津贴(SSI)申请。在办理安全收入津贴计划福利申请手续和履行上诉程序过程中,您务必给予合作。将由我担任您的安全收入津贴协助人。如果您的安全收入津贴申请未获批准,我将协助您提出上诉请求。为了协助您履行安全收入津贴手续,您必须做到:

- 如果您的安全收入津贴申请未获批准,立即打电话与我联系。
- 向我提供您接获的相关您安全收入津贴申请的全部函件之副本。
- 若您的邮件地址或电话号码有所变更,通知本人。
- 若您需要帮助,打电话与我联系。

如果您不按照要求与我会面、不与社会安全局合作或者不遵循上诉程序,且无正当理由,依据华盛顿州行政法规 WAC 388-449-0200 之规定,您的现金补助福利可能会停止。

批语:

社会安全收入津贴计划(SSI)协助人

社区服务处

电话号码: _____