



## Declaración a Servicios de Protección a Adultos Declaration to Adult Protective Services

NOMBRE	INICIAL INTERMEDIA    APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
--------	--------------------------------	---------------------

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que:  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

**Adjunte páginas adicionales si las necesita. Numere las páginas adicionales en orden.**

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de Washington, que los hechos que he declarado en este formulario (y en todas las páginas adjuntas) son verdaderos.

He adjuntado \_\_\_\_\_ página(s)  
NÚMERO

FIRMA DEL DECLARANTE	FECHA	FIRMADO EN (CIUDAD Y ESTADO)
----------------------	-------	------------------------------