Washington State Department of Social & Health Services

資格條件資訊查詢
SOURCES FOR ELIGIBILITY INFORMATION

申請人姓名（請工整填寫）	
申請人/法定監護人之簽名	日期

如果您想請發展殘障服務處的工作人員協助您聯絡下列服務提供者，以便查詢關於資格條件的資訊，請填寫此表格。

姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號
姓名			電話號碼
地址	城市	州	郵遞區號