



WASHINGTON राज्य  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
(सामाजिक आणि आरोग्य सेवा विभाग)

ग्राहक ID:

कार्यक्रम:

तुमच्या साठी पात्रता निजचित करण्यासाठी आम्हाला पुढील माहिती आवश्यक आहे: \_\_\_\_\_:

तुम्हाला मदतीची आवश्यकता असल्यास किंवा कोणतीही माहिती सादर करण्यासाठी अधिक वेळ लागल्यास, कृपया मला कॉल करा

वरील आवश्यक माहिती न दिल्यास, तुमच्या सहाय्य अर्जाला नकार मिळू शकतो.

\_\_\_\_\_  
Community Services Office (सामुदायिक सेवा कार्यालय)

टेलिफोन क्रमांक: \_\_\_\_\_