Washington State Department of Social & Health Services

退役軍人轉介表（第二部分）

VETERANS REFERRAL (PART 2)

DSHS辦事處	電話號碼
檔卷號碼	檔卷姓名

請用戶採取行動

作為申請或重新申請程序必需的一部分，您需要與下列“退役軍人服務辦公室”聯繫，聯繫日期是，或者在 _____ 之前。

“退役軍人服務辦公室”

_____

_____

_____

“退役軍人服務辦公室”的電話號碼

_____

用戶的姓名及地址

_____

_____

_____

電話號碼：_____

聯繫人的姓名及地址

_____

_____

_____

關係：_____

電話號碼：_____

For Veterans Service Office Use Only －供“退役軍人服務辦公室”專用

Complete the following and return this form to the DSHS office listed below.

1. ☐ Ineligible for benefits.
2. ☐ Currently receiving maximum entitlement of $_____ per month. Specify type of benefit:_____ .
3. ☐ Refused to apply.
4. ☐ Failed to contact office by required date.
5. ☐ Claim for benefits filed. Specify type of benefits: _____ .
6. ☐ Expect decision by _____ (date).

COMMENTS:

SIGNATURE OF WDVA REPRESENTATIVE	TITLE	DATE

For DSHS Office Use Only －供DSHS辦事處專用

DSHS Office Financial Section	COMMENTS:

SIGNATURE OF DSHS REPRESENTATIVE	TITLE	DATE