Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

VETERANS REFERRAL (PART 2)
퇴역군인 위탁 (2부)

DSHS OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	CASE NAME

고객 실행란

신청서 또는 재신청서 수속에 필요한 절차로서 아래 기재한 퇴역군인 사무소(Veterans Service Office)로 _____. 전에 연락하기 바랍니다.

퇴역군인 사무소(Veterans Service Office)

_____

_____

_____

퇴역군인 사무소(Veterans Service Office) 전화번호

_____

고객의 성명 및 주소

_____

_____

_____

전화번호: _____

개인적 연락자의 성명 및 주소

_____

_____

_____

관계: _____

전화번호: _____

For Veterans Service Office Use Only/퇴역군인 사무소(Veterans Service Office) 사용란

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 offce 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/보건 사회부(DSHS) 사용란

DSHS Office Financial Section ○ ○ ○	COMMENTS:

SIGNATURE OF DSHS REPRESENTATIVE	TITLE	DATE