DSHS OFFICE	TELEPHONE

CASE NUMBER	CASE NAME

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

VETERANS REFERRAL (PART 2)
НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ (ЧАСТЬ 2)

КЛИЕНТ ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ

Вы обязаны связаться с указанным ниже Офисом Обслуживания Ветеранов, не позднее _____. Это является составной частью процесса первоначальной или повторной подачи заявления.

ОФИС ОБСЛУЖИВАНИЯ ВЕТЕРАНОВ

_____

_____

_____

ТЕЛЕФОН ОФИСА ОБСЛУЖИВАНИЯ ВЕТЕРАНОВ

_____

ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА

_____

_____

_____

ТЕЛЕФОН: _____

ИМЯ И АДРЕС ЛИЦА, С КОТОРЫМ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ

_____

_____

_____

РОДСТВО: _____

ТЕЛЕФОН: _____

For Veterans Service Office Use Only / Только для Работников Офиса Обслуживания Ветеранов

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 / Только для сотрудников DSHS

DSHS Office Financial Section	COMMENTS:
o o o	

SIGNATURE OF DSHS REPRESENTATIVE	TITLE	DATE