Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

VETERANS REFERRAL (PART 2)
REFERENCIAS PARA VETERANOS(PARTE 2)

DSHS OFFICE	TELEPHONE

CASE NUMBER	CASE NAME

PARA ACCION DEL CLIENTE

Como parte importante del proceso de solicitud o de a hacer una nueva solicitud, se requiere que usted se ponga en contacto con la oficina de servicios a veteranos que se indica más adelante en o antes de _____.

OFICINA DE SERVICIOS A VETERANOS

_____

_____

_____

TELEFONO DE LA OFICINA DE SERVICIOS A VETERANOS

_____

NOMBRE Y DIRECCION DEL CLIENTE

_____

_____

_____

TELEFONO _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL CONTACTO PERSONAL

_____

_____

_____

PARENTESCO: _____

TELEFONO: _____

For Veterans Service Office Use Only/Sólo para uso de la oficina de servicios a veteranos

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/Sólo para uso de DSHS

DSHS Office Financial Section	COMMENTS:
○ ○ ○	

SIGNATURE OF DSHS REPRESENTATIVE	TITLE	DATE