LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

방계(직계가 아닌 사람) 진술 정보서
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

제 1항

성명: _____

보건사회부(Department of Social and Health Services)에서는 상기에 이름한 사람의 자격 여부를 결정하고 있는 중입니다. 그러므로, 이 서류 제 2항에 요청된 정보를 제공해 주시면 감사하겠습니다.

_____
재정업무 담당자

제 2항

본인은 본인의 _____인
본인과의 관계 (의사, 이웃, 친척 등)

_____ 이(가) 다음과 같은 정보를 보건사회부에 제공해도 됨을 승인합니다.
사람 혹은 기관

_____

_____

_____

_____ _____
신청인/수령인의 서명 날짜

제 3항

정보 제공인에게 알리는 글

개인적으로 정확하게 알고 있는 사항만 제공하고, 제공할 수 없는 정보이면 알 수 없음(UNKNOWN)으로 기재하여 주십시오. 서명과 날짜, 본인의 주소 및 전화번호 기입과 함께, 여백이 더 필요하면 이 서류 뒷면을 이용하여 주시기 바랍니다.

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
서명 날짜

_____ _____
주소 전화번호