

وصف الحالة الاجتماعية				
المقاطعة	رقم التسجيل	الفئة	عدد الحالات	المنطقة
اسم التسجيل				التاريخ

اسم مكتب المساعدات بالمقاطعة و عنوانه

## نموذج السحب الطوعي

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

أنا \_\_\_\_\_ أريد وقف المزايا أو سحب

الطلب للأشخاص التاليين:

SNAP\*\*\*

MA\*\*

CASH\*
















لأسرتي المعيشية جميعها.

تعليقات: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أنا أتفهم أنه يجوز لي أن أتقدم من جديد في أي وقت للحصول على المزايا.

التوقيع \_\_\_\_\_ اكتب الاسم \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

\* المساعدة النقدية

\*\* المساعدات الطبية

\*\*\* برنامج مساعدات التغذية التكميلية (قسائم الطعام)

قدم نسخة إلى العميل/احتفظ بنسخة للتسجيل