

НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (САО)

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЕЛА				
ОКРУГ	НОМЕР ЗАПИСИ	КАТЕГОРИЯ	НАГРУЗКИ	ОКРУГ
НАИМЕНОВАНИЕ ЗАПИСИ				ДАТА

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ОТКАЗА

ФИО _____

Адрес _____

Телефон _____

Я, _____, хочу отказаться от получения

помощи или отозвать заявление для следующих лиц:

☐ для всей семьи.

CASH ДЕНЕЖ. ПОСОБИЕ	MA МЕДИЦИНСКИЙ	SNAP ТАЛОНЫ SNAP
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Комментарии _____

Я понимаю, что могу повторно обратиться за помощью в любое время.

Подпись _____ ФИО (печатными буквами) _____

Дата _____



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES