

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