

НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (CAO)

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	MA	SNAP
ДЕНЕЖ. ПОСОБИЕ	МЕДИЦИНСКИЙ	ТАЛОНЫ SNAP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Комментарии _____

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

Подпись _____ ФИО (печатными буквами) _____

Дата _____



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES