State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M40-195A
Action : Inform
Issue: Other
Title: ICT Reminder

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-188.12

Use Form No. : None
Original Date : 07/01/84
Revision Date :

MESSAGE:

RECORDATORIO IMPORTANTE

En _____, usted nos avisó que se cambió al Condado de _____.

Si usted todavía necesita asistencia, puede presentar una solicitud en la oficina de asistencia pública más cercana en el nuevo Condado donde vive antes de _____.

Para evitar un retrazo para que reciba su asistencia, presente su solicitud los más pronto posible. Lleve con usted este formulario para facilitar los trámites de solicitud.

Por favor llámeme si tiene alguna pregunta.

Trabajador de Elegibilidad _____

Número de teléfono _____

INSTRUCTIONS: Use to inform recipients who have moved from the county that they must apply for aid in the new county if they want their aid to continue.

Fill in the deadline for applying the in the new county.