

معلومات/إثباتات مطلوبة

_____	تاريخ الإخطار:
_____	اسم الحالة:
_____	رقم الحالة:
_____	اسم الموظف المسؤول:
_____	رقم الموظف المسؤول:
_____	رقم الهاتف:
_____	عدد ساعات العمل الخاصة بالموظف المسؤول:
_____	العنوان:

تلقينا معلومات مؤخراً تفيد بأن هناك تغييراً في وضعك العائلي. لذا فنحن بحاجة إلى مساعدتك لتقرير ما إذا كان ذلك التغيير يؤثر على مستحقّاتك حتى نتمكن من منحك المزايا المستحقة لك كافة. وسوف نوافيك بإخطار في حال تخفيض أو إنهاء تلك المزايا.

تم إبلاغنا من جانبك بتغيير قد يترتب عليه زيادة مزاياك الشهر القادم. للتأكد من أن المزايا القادمة صحيحة، يُرجى بإعادة إرسال البنود الموضحة أدناه إلينا في يوم _____ . يُرجى موافقتنا بذلك قبل التاريخ الموضح. أما إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الوقت لاستكمال أيًا من هذه البنود، يُرجى الاتصال بمكتب برنامج (كالفرش) CalFresh في المقاطعة التي تنتمي إليها.