

رسالة تعيين موعد مقابلة لإعادة تصديق كوبونات طعام

| | | | |
|-----------------|---------|---------|---------------|
| التاريخ | | | |
| اسم القضية | | | |
| العنوان البريدي | المدينة | الولاية | الكود البريدي |

لقد تم إبلاغك بأن مدة تصديق كوبونات الطعام التي تحصل عليها ستنتهي بتاريخ _____ وبأنه سيتم تعيين موعد مقابلة لك لمواصلة حصولك على مساعدات كوبونات الطعام.

حدد لك موعد لإجراء مقابلة وجهاً لوجه لإعادة تصديق كوبونات الطعام التي تحصل عليها في:

| | | | |
|---------------------|-----------------|---------|---------------|
| تاريخ المقابلة: | تاريخ المقابلة: | | |
| اسم مكتب الكاونتي | | | |
| عنوان مكتب الكاونتي | المدينة | الولاية | الكود البريدي |

حدد لك موعد لإجراء مقابلة عن طريق الهاتف بتاريخ _____ في الساعة _____ : صباحاً/مساءً.

إذا كنت تفضل إجراء المقابلة شخصياً، يرجى الاتصال بالموظف المسئول عن قضيتك لتحديد موعد.

اسم الموظف المسئول: _____ رقم الموظف المسئول: _____

يرجى تكملة استمارة التقرير الفصلي (QR 7) في موعد أقصاه اليوم الحادي عشر من شهر استحقاقه. نحتاج إلى استلام هذه الاستمارة لاستكمال إعادة تصديق طلبك للحصول على المساعدة.

معلومات تذكيرية هامة

- عدم استكمال هذه المقابلة قد يؤدي إلى تأخر أو إيقاف مساعدات كوبونات الطعام المقدمة لك.
- إذا لم تمثل لهذه المقابلة في الموعد المحدد، تكون مسئولاً عن طلب تحديد موعد جديد لإجراء المقابلة.
- لتغيير موعد مقابلتك، يرجى الاتصال بالموظف المسئول عن قضيتك.
- يجب تقديم الإثباتات خلال 10 أيام من طلبها من قبل الموظف المسئول عن قضيتك.