

សំណើសុំព័ត៌មានសម្រាប់ CALFRESH (កាលពីមុនហៅថាបណ្ណជំនួយម្ហូបអាហារ)

ខោនធី (COUNTY)

- • កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ០០ ០០
- • ឈ្មោះករណី ០០ ០០
- • លេខករណី ០០ ០០
- • ឈ្មោះបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច ០០ ០០
- • លេខបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច ០០ ០០
- • លេខទូរស័ព្ទ ០០ ០០
- • អាសយដ្ឋាន ០០ ០០

មានសំណួរឬ? សូមសាកសួរបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក។

ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក យើងត្រូវការព័ត៌មានដូចតទៅពីអ្នកត្រឹម _____ ។
MM/DD/CCYY

សូមប្រាប់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាននេះ។
បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការរកព័ត៌មាននេះបាន។

- សូម៖
- ទូរស័ព្ទមកយើងដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មាននេះដល់យើង
 - ធ្វើព័ត៌មាននេះមកយើង

ប្រសិនបើអ្នកពុំផ្តល់ព័ត៌មាននេះដល់យើងត្រឹម _____ ទេ អ្នកអាចនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីចំណាត់ការ
បញ្ឈប់អត្ថប្រយោជន៍ CalFresh របស់អ្នក។ MM/DD/CCYY

វិធាន៖ វិធានទាំងនេះអនុវត្ត៖ MPP 63-300.5។ អ្នកអាចពិនិត្យវិធានទាំងនេះឡើងវិញបាននៅការិយាល័យសុខុមាលភាព។