

**CALFRESH 情報の要求について**

国

通知日 :  
 ケース名 :  
 ケース番号 :  
 担当者名 :  
 担当者番号 :  
 電話番号 :  
 住所 :

質問?担当者へお問い合わせください。

CalFresh 給付金の資格を決定するために、以下の情報を \_\_\_\_\_ までにお知らせください。  
MM/DD/CCYY

この情報に関してご不明な点がございましたら、担当者までにご連絡ください。担当者から詳しく説明させていただきます。

以下のいずれかの方法で情報をお知らせください。

- 電話  
 郵送

\_\_\_\_\_ までにこの情報をお知らせいただけない場合は、CalFresh 給付金を停止する旨の通知をお送りさせていただきます。  
MM/DD/CCYY

**規則：** これらの規則は以下のものを適用します。 MPP 63-300.5。面接は管轄の福祉事務所で行われます。