情報の請求

質問があったりさらに詳しい情報をご希望の場合は、
担当者にご連絡ください。

-
-
-
- ケース名 :
  ケース番号 :
  地区 (District) :
  担当者 :
  電話 :
- 通知日 :

受給資格の継続または適切な給付額を決定するために、当局は、あなたからの次の情報を _____ までに必要としています。

どうか：

☐ 電話でこの情報を提供してください。

☐ この情報を郵送してください。

上記の日付までにこの情報が提出されない場合、フードスタンプ給付の中止決定の通知をお送りします。

規則: これらの規則が該当しています： MPP 63-300.5

福祉事務所で確認することができます。