

# ຂໍ້ມູນ/ການກວດສອບ ທີ່ຈຳເປັນ

ວັນທີແຈ້ງການ: \_\_\_\_\_

ຊື່ສໍານວນ: \_\_\_\_\_

ເລກທີສໍານວນ: \_\_\_\_\_

ຊື່ພະນັກງານ: \_\_\_\_\_

ໝາຍເລກພະນັກງານ: \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບ: \_\_\_\_\_

ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກພະນັກງານ: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່: \_\_\_\_\_

ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ເພື່ອກຳນົດວ່າການປ່ຽນແປງນີ້ຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານບໍ່. ພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອທັງໝົດທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການ ຖ້າອັນນີ້ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານລົງ ຫຼືໝົດໄປ.

- ທ່ານໄດ້ລາຍງານການປ່ຽນແປງທີ່ສາມາດເພີ່ມເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານຂຶ້ນສໍາລັບເດືອນຕໍ່ໄປ. ເພື່ອໃຫ້ມີຄວາມແນ່ໃຈໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄັ້ງຕໍ່ໄປຂອງທ່ານຖືກຕ້ອງ, ກະລຸນາສົ່ງລາຍການຕ່າງໆທີ່ຈັດໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້ຄືນໃຫ້ພວກເຮົາພາຍໃນວັນທີ \_\_\_\_\_ ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ອນວັນທີນີ້, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເວລາເພີ່ມ ເພື່ອສົ່ງລາຍການເຫຼົ່ານີ້ກັບຄືນ. ຖ້າໄດ້ຮັບລາຍການທີ່ຈັດໄວ້ຫຼັງຈາກວັນທີນີ້ແລ້ວ, ການເພີ່ມຜົນປະໂຫຍດໃດໜຶ່ງຂຶ້ນຈະຖືກຫຼ້າຊ້າອອກໄປ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເອົາລາຍການຕ່າງໆເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການ CalFresh (ເມື່ອກ່ອນແມ່ນໂຄງການບັດຊື້ອາຫານ) ຂອງທາງຄາວຕີ້.