

CALFRESH - PEDIDO DE INFORMAÇÃO

CONDADO DE

- -
 -
 -
- Data da Notificação :
 - Nome do Processo :
 - Número do Processo :
 - Nome do Funcionário :
 - Número do Funcionário :
 - Número de Telefone :
 - Morada :

Tem perguntas? Fale com o seu funcionário responsável.

Para podermos determinar a sua elegibilidade aos benefícios CalFresh, necessitamos dos seguintes dados antes de

MM/DD/AAAA

Por favor informe o seu funcionário responsável se precisar de ajuda na obtenção dos referidos dados. Este poderá ajudá-lo.

Por favor:

- Contacte-nos para nos dar esta informação
- Envie-nos estes dados por correio

Caso não nos forneça estes dados antes de _____, poderá receber uma notificação de cessação dos seus benefícios CalFresh.
MM/DD/AAAA

REGRAS: Estas regras aplicam-se de acordo com a secção 63-300.5. Poderá consultar a mesma no seu gabinete de assistência social.