

CARTA DE LEMBRETE

Nome do caso: _____

Número do caso: _____

Nome do trabalhador: _____

Número do trabalhador: _____

Telefone do trabalhador: _____

Data: _____

Em _____, enviamos um aviso dizendo que o seu
(DATA)

CalFresh

CalWORKs

seria descontinuado a partir de _____ porque não recebemos um relatório SAR 7 completo.

Em resposta ao nosso aviso, você devolveu o SAR 7 em _____, mas ele não estava completo.

VOCÊ NÃO CORRIGIU O PROBLEMA. Para evitar a interrupção dos seus benefícios, antes do fim do primeiro dia útil do próximo mês, você precisa fazer o seguinte:

Se precisar de ajuda para entender este aviso ou para preencher o SAR 7, entre em contato com o escritório da sua região.

Se os seus benefícios forem descontinuados por sua falha em devolver um SAR 7 completo, você não receberá os Benefícios Transitional CalFresh (TCF). Se você tiver qualquer dúvida sobre o TCF, entre em contato com o escritório da sua região.

Se você discordar, ainda pode solicitar uma audiência com base no aviso enviado em _____.

(DATA)

O número de telefone para abrir uma audiência estadual é 1-800-952-5253 ou para pessoas com deficiência auditiva ou da fala que usem TDD 1-800-952-8349.

Você pode postar seu SAR 7 preenchido com qualquer verificação listada acima ou levá-lo ao escritório de assistência social da sua região. Se não recebermos as informações necessárias até o primeiro dia útil do próximo mês, você não receberá qualquer benefício no próximo mês.