

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN SE NECESITA INFORMACIÓN/VERIFICACIÓN

Fecha de la notificación: _____

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono: _____

Horario del trabajador: _____

Dirección: _____

Recientemente recibimos información acerca de un cambio en su grupo para fines de CalFresh (grupo). Necesitamos su ayuda para determinar si este cambio afectará sus beneficios. Queremos que usted reciba todos los beneficios a los cuales tiene derecho. Usted recibirá una notificación si sus beneficios se reducen o se descontinúan debido a este cambio.

- Usted reportó un cambio que pudiera aumentar sus beneficios para el próximo mes. Para asegurar que sean correctos sus beneficios para el próximo mes, por favor devuelva los documentos anotados a continuación a más tardar en _____. Por favor avísenos antes de esta fecha si necesita más tiempo para devolvernos dichos documentos. Si los documentos se reciben después de esta fecha, cualquier aumento de beneficios se demorará. Si necesita ayuda para obtener estos documentos, puede comunicarse con la Oficina de CalFresh del Condado.