

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M16-505B Page 1 of 1
Action : Partial approval
Issue: Incomplete Facts-Designated
Alternate Cardholder Request
Title: Designated Alternate Cardholder
Request: need additional facts

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 16.505.31

Use Form No. : NA 290
Original Date : 07/01/02 (new)
Revision Date :

MESSAGE:

Vào ngày _____, quý vị đã yêu cầu xin ghi thêm/thay đổi/chấm dứt việc người được chỉ định thay thế đứng tên trên thẻ để sử dụng trợ cấp tiền mặt của quý vị qua hệ thống chuyển trợ cấp điện tử EBT. Chúng tôi không thể tiến hành yêu cầu của quý vị được.
Sau đây là lý do:

Chúng tôi cần thêm các sự kiện khác.

XIN CHO CHÚNG TÔI BIẾT:

Thông báo này không làm thay đổi trợ cấp phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp y tế (Medi-Cal) của quý vị. Nếu các trợ cấp này có gì thay đổi, quý vị sẽ nhận được một thông báo riêng khác.

xin ghi nhớ!

Quý vị có trách nhiệm gọi số điện thoại miễn phí (1-877-328-9677) để chấm dứt quyền sử dụng trương mục EBT của quý vị đối với một thành viên khác trong hộ, hay người được chỉ định thay thế đứng tên trên thẻ hoặc người đại diện được ủy quyền.