NOTIFICACION SOBRE BENEFICIOS RETROACTIVOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador (a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(DESTINATARIO)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha aprobado estampillas para comida retroactivas para el mes(es) de

La razón es la siguiente:

☐ Usted recibirá $ _____ en estampillas para comida retroactivas.

☐ Usted debería recibir $_____ en estampillas para comida retroactivas, pero usted nos debe $_____. Recibió otra notificación sobre lo que nos debe.

Nos quedaremos con $ _____ de sus estampillas para comida retroactivas para reembolsar lo que usted nos debe.

Usted recibirá $ _____ en estampillas para comida retroactivas.

Usted todavía nos debe $ _____. .

Las estampillas para comida que recibirá, le llegarán en un sólo pago, a menos que usted pida que sean reembolsadas en más de un pago. Si desea recibir sus estampillas para comida retroactivas en más de un pago, pregúntele a su trabajador(a).

Comentarios:

Reglamentos: Estos ordenamientos aplican. Usted puede consultarlos en su oficina de bienestar: MPP 63-802