

اطلاعات/تاییدات مورد نیاز

_____	تاریخ اطلاع:
_____	نام مورد:
_____	شماره مورد:
_____	نام کارگزار:
_____	شماره کارگزار:
_____	شماره تلفن:
_____	ساعات کاری:
_____	آدرس:

ما به تازگی اطلاعاتی در مورد تغییراتی در خانوار شما دریافت کرده ایم. ما به کمک شما احتیاج داریم تا ببینیم که آیا این تغییرات تأثیری در مزایای شما دارد. ما می خواهیم شما همه مزایایی که واجد شرایط دریافت آن هستید را بگیرید. در صورتیکه این تغییرات باعث کاهش یا توقف مزایای شما شود، مطلع خواهید شد.

شما تغییراتی را گزارش داده اید که باعث افزایش مزایای شما در ماه آینده خواهد شد. برای اطمینان از درست بودن مزایای آتی شما، لطفا موارد قید شده در زیر را تا _____ به ما باز گردانید. در صورتیکه به زمان بیشتری برای بازگرداندن این موارد نیاز دارید، لطفا قبل از این تاریخ به ما اطلاع دهید. در صورتیکه موارد لیست شده پس از این تاریخ به دست ما برسند، هرگونه افزایش در مزایا به تأخیر می افتد. در صورتیکه به کمک احتیاج دارید، می توانید با دفتر CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها) بخش تماس بگیرید.