

INFORMAÇÕES/VERIFICAÇÃO NECESSÁRIA

Data da Notificação: _____
Nome do caso: _____
Número do Caso: _____
Nome do Trabalhador: _____
Número do trabalhador: _____
Número de Telefone: _____
Horas do Trabalhador: _____
Endereço: _____

Recentemente, recebemos informações sobre uma alteração em sua família. Precisamos da sua ajuda para descobrir se essa alteração irá afetar os seus benefícios. Queremos que você receba todos os benefícios para o qual se qualifica. Você receberá uma notificação se essa alteração reduzir ou cancelar os seus benefícios.

- Você declarou uma alteração que poderia ampliar seus benefícios para o próximo mês. Para ter certeza de que seus próximos benefícios estão corretos, por favor, entregue os itens listados a seguir por _____. Informe antes desta data caso necessite de mais tempo para entregar esses itens. Se os itens listados forem recebidos após esta data, qualquer aumento nos benefícios será adiado. Caso necessite de ajuda com qualquer um desses itens, entre em contato com o departamento de CalFresh (Vale-Refeição) do Condado.