

طلب الحصول على معلومات من CALFRESH

البلد

تاريخ الإشعار:

: اسم الحالة

: رقم الحالة

: اسم العامل

: رقم العامل

: رقم الهاتف

: العنوان

الأسئلة؟ اسأل العامل الخاص بك.

لتحديد جدارتك بالحصول على مزايا CalFresh، فإننا نحتاج إلى المعلومات التالية منك عن طريق _____.

شهر/يوم/سنة

يرجى إبلاغ العامل الخاص بك إذا كنت في حاجة إلى مساعدة في الحصول على هذه المعلومات. يمكن أن يساعدك عاملك في الحصول عليها.

يرجى:

الاتصال بنا لإعطائنا هذه المعلومات إرسال هذه المعلومات إلينا عن طريق البريد

إذا تقدم لنا هذه المعلومات بحلول _____، يمكنك الحصول على إشعار بالإجراء المطلوب لإيقاف مزايا CalFresh الخاصة بك.

شهر/يوم/سنة

القواعد: هذه القواعد سارية: MPP 63-300.5. يمكنك مراجعتها في مكتب الشؤون الاجتماعية الخاص بك.