

درخواست CALFRESH برای کسب اطلاعات

شهرستان

• تاریخ صدور :
 • نام پرونده :
 • شماره پرونده :
 • نام مددکار :
 • شماره مددکاری :
 • شماره تلفن :
 • آدرس :

سوالات؟ از مددکار خود بپرسید.

به منظور تعیین شایستگی (واجد شرایط بودن) شما برای بهره مندی از مزایای (مساعده) CalFresh (برنامه کمکی تغذیه مکمل به صورت برنامه الکترونیکی ماهیانه برای خرید بسیاری از مواد غذایی از سوپرمارکت ها و فروشگاه ها)، نیازمند دریافت اطلاعات زیر درمورد شما بوسیله _____ می باشیم.
 روزنامه/اسل

اگر برای دریافت این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً به مددکار خود بگویید. مددکاران می توانند در دستیابی به این اطلاعات به شما کمک کند.

لطفاً:

برای اعلام این اطلاعات با ما تماس بگیرید

این اطلاعات را برای ما ایمیل نمایید

اگر این اطلاعات را بوسیله _____ در اختیار ما نگذارید، ممکن است یک ابلاغیه اقدام برای متوقف نمودن استفاده از مزایای CalFresh دریافت نمایید .
 روزنامه/اسل

قوانین: این قوانین: MPP 63-300.5 را اعمال می نمایند. می توانید آن ها را در اداره رفاه خود بررسی نمایید.