

**ЗАПРОС ПРОГРАММЫ CALFRESH НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ**

ОКРУГ

Дата извещения :  
 Имя дела :  
 Номер дела :  
 Имя работника :  
 Номер работника :  
 Номер телефона :  
 Адрес :

Вопросы? Спросите вашего работника.

Для определения вашего права на получение льгот программы CalFresh, нам нужна следующая информация от вас до \_\_\_\_\_.  
MM/DD/CCYY

Пожалуйста, сообщите вашему работнику, если вам нужна помощь в получении этой информации. Ваш работник может вам помочь получить эту информацию.

Пожалуйста:

- Позвоните нам, чтобы дать эту информацию  
 отправьте эту информацию нам по почте

Если вы не предоставите нам эту информацию до \_\_\_\_\_, вы можете получить извещение об остановке ваших льгот по программе CalFresh.  
MM/DD/CCYY

**ПРАВИЛА:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в местном отделе социального обеспечения: MPP 63-300.5.