

CARTA RECORDATORIA

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Teléfono del trabajador: _____

Fecha: _____

En _____, le enviamos una notificación informándole que su
(FECHA)

CalFresh

CalWORKs

se descontinuarían a partir de _____ porque no habíamos recibido un SAR 7 completo (Reporte
(FECHA)
sobre la situación en relación a la elegibilidad).

En respuesta a nuestra notificación, usted entregó su SAR 7 en _____, pero no estaba completo.
(FECHA)
USTED NO HA CORREGIDO EL PROBLEMA. Para evitar que sus beneficios se descontinúen, usted tiene que hacer lo siguiente antes de que se termine el primer día hábil del próximo mes:

Si necesita ayuda para entender esta notificación o para completar el SAR 7, por favor comuníquese con la oficina del Condado.

Si sus beneficios se descontinúan porque usted no entregó un SAR 7 completo, usted no recibirá beneficios de CalFresh de Transición (TCF). Si tiene alguna pregunta acerca de TCF, por favor comuníquese con la oficina del Condado.

Si no está de acuerdo, usted aun puede pedir una audiencia, basada en la notificación que le enviamos en _____.
(FECHA)

El número de teléfono para solicitar una audiencia con el Estado es 1-800-952-5253 o para personas sordas/con problemas del habla que usan un aparato de telecomunicaciones para las personas sordas (TDD), pueden llamar al 1-800-952-8349.

Usted puede enviar su SAR 7 completado por correo con cualquier verificación que mencionamos arriba o puede entregarlo en persona a la oficina de bienestar público del Condado. Si para el primer día hábil del próximo mes no recibimos la información requerida, usted no recibirá beneficios el próximo mes.