ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ՝

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԵՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՍՏՈՒԳՈՒՄ

Ծանուցման թվականը՝ _____

Գործի անվանումը՝ _____

Գործի համարը՝ _____

Սոցիալական աշխատողի անունը՝ _____

Սոցիալական աշխատողի համարը՝ _____

Հեռախոսահամարը՝ _____

Սոցիալական աշխատողի ժամերը՝ _____

Հասցեն՝ _____

_____

Մենք վերջերս տեղեկություն ենք ստացել Ձեր ընտանիքում կատարված փոփոխության մասին: Անհրաժեշտ է Ձեր օգնությունը՝ հասկանալու համար, թե արդյոք այդ փոփոխությունն ազդեցություն կունենա Ձեր նպաստների վրա: Մենք ուզում ենք, որ Դուք օգտվեք բոլոր այն նպաստներից, որոնց պահանջներին համապատասխանում եք: Դուք ծանուցագիր կստանաք՝ արդյոք դա նվազեցնում կամ դադարեցնում է Ձեր նպաստները:

☐ Դուք զեկուցել եք մի փոփոխության մասին, որը կարող է մեծացնել հաջորդ ամսվա Ձեր նպաստները: Համոզված լինելու համար, որ Ձեր հաջորդ նպաստները ճիշտ են հաշվարկված, խնդրում ենք տրամադրել ստորև նշված տեղեկությունները մինչև _____: Խնդրում ենք նախքան այդ թվականն ասել՝ արդյոք ավելի շատ ժամանակ է հարկավոր տեղեկությունները տրամադրելու համար: Եթե նշված տեղեկությունները ստացվեն այդ թվականից հետո, նպաստների ցանկացած ավելացում կհետաձգվի: Եթե այդ տեղեկություններից որևէ մեկը ստանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, կարող եք դիմել Ձեր Վարչական շրջանի CalFresh ծրագրի (նախկինում՝ «պարենային կտրոններ») գրասենյակին: