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

ՇՐՋԱՆ

ՀԱՅՑ CALFRESH-Ի ԿՏՐՈՆՆԵՐԻ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՈՐԱԿԱԶՐԿՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ

Ծանուցման ամսաթիվ : _____
Գործ
ԱՆՈՒՆ : _____
Համար : _____
Աշխատակից
ԱՆՈՒՆ : _____
Համար : _____
Հեռախոս : _____
Հասցե : _____

(Addressee)

Հարցե՞ր Հարցրեք ձեր աշխատակցին:

Ես որակազրկվել եմ CalFresh-ի կտրոններ ստանալուց՝ սկսած _____ մինչև _____:

_____ Ես ապրում են այն նույն CalFresh ընտանիքում, որտեղ ես նախկինում ստացել եմ կտրոններ, և շրջանը չի վերսկսել դրանց տրամադրումն իմ որակազրկման ժամանակահատվածի ավարտման ամսաթվից հետո:

_____ Ես ապրում եմ նոր ընտանիքում, որը CalFresh է ստանում: Ես հայցում եմ, որպեսզի իմ անունն ավելացվի այդ CalFresh ընտանիքի անդամների ցանկին: Ընտանիքի վերաբերյալ տեղեկությունը հետևյալն է՝

Գործի Անուն՝_____

Գործի համար:_____

Հասցե:_____

_____

_____ Ես ապրում եմ նոր ընտանիքում, որը CalFresh չի ստանում: Խնդրում եմ ուղարկել ինձ CalFresh-ի կտրոններ ստանալու համար դիմումը հետևյալ հասցեով՝

_____

_____

Վերադարձրեք այս ձևը ձեր սոցիալական ապահովման գրասենյակ վերոնշյալ հասցեով: