COUNTY OF

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

食品券改變的通知

通知日期 :_____
案件 :_____
號碼 :_____
工作者姓名 :_____
號碼 :_____
電話 :_____
地址 :_____

（收件人）

如果你有任何問題或需要更多關於這行動的資訊，請與你的工作員聯繫。

州聽證：如果你認為行動是錯誤的你能要求一項聽證。 這頁的背面講述了如何要求一項聽證。如果你在這項行動開始之前要求聽證，你的福利可能不會被改變。

拒絕：

☐ 你的家庭的食品券申請已經被拒絕是因為你和／或一位你的家庭成員沒有由縣對所有被要求家庭成員而作的指紋印和照片影像。

以下家庭成員沒有指紋印和照片影像：

_____
姓名

_____
姓名

_____
姓名

_____
姓名

沒有所有被要求家庭成員的指紋印和照片影像，我們不能分發食品券福利。

如果你的家庭獲得由 _____ 對被要求所有家庭成員作的指紋印和照片影像，你將不必提出新的申請。

規則： 這些規則適用於以上行動：
(MPP 63-601.12, .13 and .14; 63-505.14)

你可以在你的福利辦事處檢查它們。

待解決的狀況：

☐ 你的家庭成員的申請正待解決。

☐ 我們要求你的家庭成員獲得所有被要求家庭成員作的指紋印和照片影像。在要求後的十(10)天內所有你的家庭成員還沒有由縣做的指紋印和照片影像。欲要得到食品券，要求所有的你的家庭成員必須要有由 _____ 作的指紋印和照片影像，否則你的申請將被拒絕並且你將不會得到另一通知。那時如果你仍要食品券，你將必須重新申請。

☐ 以下家庭成員還沒有指紋印和照片影像。

_____
姓名

_____
姓名

_____
姓名

_____
姓名

規則： 這些規則適用於以上行動：
(MPP 63-601.12, .13 and .14; 63-505.14)

你可以在你的福利辦事處檢查它們。