

USTED NO DEBE NADA POR RECIBIR LOS BENEFICIOS DE CALFRESH

FECHA:	NOMBRE DEL CLIENTE:
--------	---------------------

Recibimos su pago con fecha de _____, firmado por _____ por la cantidad de _____ dólares (\$) para reembolsar los beneficios de CalFresh recibidos por usted en el pasado. Usted recibió los beneficios de CalFresh legalmente y no tiene la obligación de hacer ningún reembolso.

Sin embargo, si usted desea hacer una donación voluntaria, puede hacerlo poniéndola a nombre del "FOOD AND NUTRITION SERVICE (FNS)" (Servicio de Alimentos y Nutrición). Usted nos puede mandar el pago para que lo procesemos y lo enviemos a la oficina del FNS apropiada. **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO.**

Si usted envía una donación voluntaria, tiene que completar el formulario adjunto para autorización de una donación y devolverlo, junto con su donación voluntaria, a nuestra oficina ubicada en:

Información acerca de su donación (o donaciones) no se revelará a la *U.S. Consulate General Office* (Oficina General del Consulado de los Estados Unidos) a menos que usted nos autorice por escrito para hacerlo.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con:

Nombre: _____ Teléfono: _____