

# PETICIÓN PARA LA RESTAURACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE CALFRESH DESPUÉS DE DESCALIFICACIÓN ADMINISTRATIVA

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Caso Nombre : \_\_\_\_\_  
Número Trabajador Nombre : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

**¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.**

Fui descalificado para recibir los beneficios de CalFresh de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Vivo en el mismo hogar de CalFresh donde yo recibía beneficios anteriormente y el Condado no empezó otra vez los beneficios después de la fecha en que terminó el período de descalificación.

\_\_\_\_\_ Vivo en un hogar nuevo que recibe beneficios de CalFresh. Solicito que me añadan a ese hogar de CalFresh. La información del hogar es la siguiente:

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Vivo en un hogar nuevo que no recibe beneficios de CalFresh. Por favor envíenme una solicitud para los beneficios de CalFresh a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregue este formulario a la oficina de bienestar público, en la dirección mencionada anteriormente.