

PETICIÓN DE INFORMACIÓN PARA CALFRESH

CONDADO DE

-
-
-
-

Fecha de la notificación:
 Nombre del caso :
 Número del caso :
 Nombre del trabajador :
 Número del trabajador :
 Número de teléfono :
 Dirección :

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Para determinar su elegibilidad para los beneficios de CalFresh, nosotros necesitamos que usted nos proporcione la siguiente información a más tardar para _____.
MM/DD/CCYY (MES/DÍA/AÑO CALENDARIO)

Por favor dígame a su trabajador si necesita ayuda para obtener esta información. Su trabajador le puede ayudar a obtenerla.

Por favor:

- Llámenos para darnos esta información
- Envíenos esta información por correo.

Si usted no nos proporciona esta información a más tardar para _____, es posible que reciba una notificación de acción para discontinuar sus beneficios de CalFresh.
MM/DD/CCYY (MES/DÍA/AÑO CALENDARIO)

REGLAS: Estas reglas son pertinentes: Sección 63-300.5 del MPP (Manual de Prácticas y Procedimientos). Usted puede revisar estas reglas en la oficina de bienestar público.