

YÊU CẦU THÔNG TIN CHƯƠNG TRÌNH CALFRESH (TEM PHIẾU THỰC PHẨM)

QUẬN

Ngày thông báo :
 Tên sự việc :
 Số sự việc :
 Tên của nhân viên :
 Số của nhân viên :
 Số điện thoại :
 Địa chỉ :

Câu hỏi? Hỏi nhân viên của quý vị.

Để xác định tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng quyền lợi chương trình CalFresh, chúng tôi cần những thông tin sau đây từ quý vị trước ngày _____.

MM/DD/CCYY

Vui lòng cho nhân viên của quý vị biết nếu quý vị cần trợ giúp để có thông tin này. Nhân viên của quý vị có thể giúp quý vị.

Vui lòng:

- Gọi điện để cung cấp cho chúng tôi thông tin này
 Gửi thông tin này đến chúng tôi qua đường bưu điện

Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi thông tin này trước ngày _____, quý vị có thể nhận được thông báo hành động ngưng quyền lợi chương trình CalFresh của quý vị.

MM/DD/CCYY

QUY TẮC: Những quy tắc này áp dụng: MPP 63-300.5. Quý vị có thể xem lại tại văn phòng phúc lợi của quý vị.