

ՀԻՇԵՑՄԱՆ ՆԱՄԱԿ

Գործի անվանումը՝ _____
 Գործի համարը՝ _____
 Աշխատողի անունը՝ _____
 Աշխատողի համարը՝ _____
 Աշխատողի
 հեռախոսահամարը՝ _____
 Ամսաթիվ՝ _____

_____ -ին մենք Ձեզ ծանուցում ենք ուղարկել՝ տեղեկացնելով Ձեզ, որ Ձեր
 (ԱՄՍԱԹԻՎ)

CalFresh

CalWORKs

դադարեցվելու է՝ սկսած _____-ից, քանի որ մենք չենք ստացել լրացված SAR 7 գեկույցը:

Ի պատասխան մեր ծանուցմանը, դուք ուղարկել եք SAR 7-ը _____-ին, սակայն այն ամբողջությամբ լրացված չէր: **ԴՈՒՔ ԽՆԴԻՐԸ ՉԵՔ ՈՐՂԴԵԼ:** Որպեսզի խուսափեք Ձեր նպաստների դադարեցումից, Դուք պետք է մինչև հաջորդ ամսվա առաջին աշխատանքային օրվա ավարտն անեք հետևյալը.

Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր այս ծանուցումը հասկանալու կամ SAR 7-ը լրացնելու համար, խնդրում ենք կապվել Ձեր վարչաշրջանի գրասենյակի հետ:

Եթե Ձեր նպաստները դադարեցվել են, քանի որ Դուք չեք ներկայացրել լրացված SAR 7-ը, ապա Դուք չեք ստանա Անցումային CalFresh (Transitional CalFresh, TCF) նպաստները: Եթե հարցեր ունեք TCF-ի մասին, խնդրում ենք կապվել Ձեր վարչաշրջանի գրասենյակի հետ:

Եթե համաձայն չեք, ապա կարող եք լսում պահանջել՝ հիմնվելով _____-ին Ձեզ ուղարկված մեր ծանուցման վրա:
 (ԱՄՍԱԹԻՎ)

Նահանգային լսում պահանջելու հեռախոսահամարն է՝ 1-800-952-5253, կամ լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար՝ TDD 1-800-952-8349:

Դուք կարող եք փոստով ուղարկել լրացված SAR 7-ը վերոնշյալ հաստատման հետ միասին կամ բերել այն Ձեր վարչաշրջանի վեբ-էջի գրասենյակ: Եթե մենք չստանանք պահանջվող տեղեկությունը մինչև հաջորդ ամսվա առաջին աշխատանքային օրը, ապա հաջորդ ամիս Դուք չեք ստանա որևէ նպաստ: