

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No: M16-505B Page 1 of 1
Action : Partial Approve
Issue: Incomplete facts - Designated
Alternate Cardholder Request
Title : Designated Alternate Cardholder
Request : need additional facts

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 16.505.31

Use Form No. : NA 290
Original Date : 07/01/02 (new)
Revision Date :

MESSAGE:

在_____ 你要求增加 / 更改 / 停止你現金
補助電子福利轉帳 - EBT的指定替代持卡人的請求。我們無
法辦理你的請求。

理由如下：

我們需要更多的事實。

請告訴我們：

這份通知不會改變你的糧食券或加州醫藥補助計畫 (Medi-Cal) 的福利。假如這些福利有改變，你會另外得到通知。

提醒你！

你要負責打免費電話 1-877-328-9677 終止另一位家庭成員，指定替代持卡人或授權代表使用你的EBT帳戶的使用權。