

郡名:

行政上の受給資格の剥奪以降における CALFRESH給付金に関する回復に対して の要請

通知日 : _____
ケース : _____
氏名 : _____
番号 : _____
ワーカー : _____
氏名 : _____
番号 : _____
電話 : _____
住所 : _____

(ADDRESSEE)

「 _____ 」

「 _____ 」

何かご質問がありますか?職員に尋ねてください。

私は、_____ から _____ までCalFresh給付金の受給資格を剥奪されていました。

_____ 私は、以前に給付金を受給していた世帯と同様の CalFreshの世帯に住んでいます。更に、私の受給資格剥奪期間の最終日以降において、郡の行政機関は給付金の支給を再開しませんでした。

_____ 私は、CalFreshを受給する新しい世帯に住んでいます。私は、CalFreshの世帯に対する追加を要請します。世帯の情報については、以下に記載されています。

ケースの名称: _____

ケースの番号: _____

住所: _____

_____ 私は、CalFreshを受給していない新しい世帯に住んでいます。下記の住所にCalFresh給付金に対する申請書を送付してください。

この用紙を貴方様の福祉局(上記の住所)に返送してください。