

CALFRESH申請に関する情報

郡

通知日 :
 ケース名 :
 ケース番号 :
 担当者名 :
 担当者番号 :
 電話番号 :
 住所 :

ご質問は、担当者にお尋ねください。

CalFresh給付の受給資格を決定するために、_____までに、以下の情報が必要となります。

MM/DD/CCYY (月/日/年)

この情報の入手に支援が必要な場合は、担当者までお問い合わせください。担当者が入手の支援を行います。

以下のいずれかの方法で情報の提出を行ってください。

- 電話
 郵送

_____までに、この情報をお知らせいただけない場合は、CalFresh給付停止の決定通知を受ける可能性
MM/DD/CCYY (月/日/年)
 があります。

規則： 次の規則が適用されます。MPP 63-300.5.福祉事務所で確認することができます。