

## CalFresh(식료품 지원) 연락 요청

- 

- 

담당자:

전화번호:

---

최근 카운티는 귀하 가구 내 변경 사항에 관한 정보를 받았습니다. 귀하가 계속해서 CalFresh 수당을 받을 수 있도록 하려면 아래 사항이 필요합니다.

위에 요청된 정보/서류를 제출할 수 있도록 \_\_\_\_\_ 까지 카운티에 연락을 주시기 바랍니다.

**이 날짜까지 연락을 주지 않으면 귀하의 CalFresh 수당이 감액되거나 지급 중지될 수 있습니다.**