

카운티 명:

정보/사실 확인 요

통지일: _____

케이스 이름: _____

케이스 번호: _____

담당자 이름: _____

담당자 번호: _____

전화 번호: _____

담당자 근무 시간: _____

주소: _____

저희 카운티는 최근 귀하 가구 내 변경 사항에 관한 정보를 받았습니다. 저희는 이러한 변경 사항이 귀하의 수당에 영향을 미칠지 여부를 판단하는 데 귀하의 도움이 필요합니다. 저희는 귀하가 자격을 충족하는 수당 혜택을 모두 받기를 원합니다. 변경 사항으로 인해 귀하의 수당이 감액되거나 지급 중단될 경우 통지를 받게 됩니다.

- 귀하는 귀하의 다음 달 수령액을 증액시킬 수 있는 변경 사항을 신고하였습니다. 귀하의 다음 달 수령액이 올바르게 지급되도록, 아래에 열거된 항목들을 _____까지 카운티로 제출해 주시기 바랍니다. 해당 항목을 제출하는 데 시간이 더 필요한 경우 해당 날짜 전에 저희에게 알려 주시기 바랍니다. 해당 항목이 위에 정해진 기한까지 제출되지 않을 경우 일체의 수당 증액은 지연됩니다. 해당 항목 중 구하는 데 도움이 필요하신 항목이 있는 경우 해당 카운티 CalFresh(식료품 지원) 사무소로 연락하시기 바랍니다.