

CalFresh(식료품 지원) 신청 관련 정보 요청서

카운티

- -
 -
 -
- 통지 일자 :
 - 케이스명 :
 - 케이스 번호 :
 - 복지사명 :
 - 복지사 번호 :
 - 전화번호 :
 - 주소 :

궁금한 점은 복지사에게 문의하십시오.

CalFresh 수당 수령 자격을 결정하기 위해 다음 정보를 _____ 일까지 제공해 주십시오.

월/일/년도

다음 정보를 확보하는 데 도움이 필요한 경우 담당 복지사에게 알려주십시오. 복지사가 도움을 드릴 수 있습니다.

다음 중 한 가지를 선택해 주십시오.

- 전화로 이 정보를 제공
- 우편으로 이 정보를 제공

_____ 일까지 해당 정보를 제공하지 않으면 CalFresh 수당 수령 중단 조치를 알리는 통지서가 발송될 수 있습니다.
월/일/년도

규정: MPP 63-300.5이 적용됩니다. 담당 복지 사무소에서 해당 규정을 확인하실 수 있습니다.