

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОМОЩИ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ПРОГРАММЫ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TANF)**

Дата: _____

для: _____

Лицо, указанное ниже, получало помощь, предоставленную фондами Временной Помощи Нуждающимся Семьям (TANF) через Программу Возможности Трудоустройства и Ответственности Перед Детями в Калифорнии (CalWORKs).

НАЗВАНИЕ ДЕЛА:		НОМЕР ДЕЛА:
ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ:	№ СОЦ. СТРАХОВАНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ:	ДАТА РОЖДЕНИЯ:

ОКРУГ:	
ИМЯ РАБОТНИКА:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
АДРЕС:	

_____ получал помощь предоставленную программой TANF с _____ по _____.
 (Имя получателя)

с _____ по _____.
 с _____ по _____.

Действительно с _____ числа, общее количество месяцев помощи TANF, получаемой в штате Калифорния, составляет _____ месяцев.

- Лицо никогда не было освобождено от 60-месячного ограничения времени программы TANF.
- Следующие _____ месяцы не учитывались в 60-месячный лимит ограничения времени программы TANF и не были засчитаны в месяцы, указанные выше.

Год _____ Месяцы _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

Год _____ Месяцы _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____.

Вышеуказанная информация была проверена: _____

Подпись уполномоченного: _____

Если у вас есть любые вопросы или вам нужна дополнительная информация в отношении этого извещения, пожалуйста, обратитесь к следующим лицам:

КОНТАКТ ПРОГРАММЫ:

АДРЕС:	ТЕЛЕФОН: ()
--------	-----------------