



Date: _____
Center: _____
Case Number: _____
Case Type: _____
Action Code: _____

Mandatory Return Appointment

You have been selected for a mandatory return appointment at the program location listed below. If you are unable to keep this appointment because of a documented emergency, please call the telephone number below.

Appointment Date: _____ Day: _____ Time: _____ Phone: _____

Location: _____
Location Name

Address Line 1

Address Line 2

City _____ State _____ Zip Code _____

Travel Directions:

At the time of your appointment, please bring the following:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

I understand that this is a mandatory appointment. Failure, without good cause, to keep this appointment, comply with required follow-up interviews with staff as directed, or to provide documentation or other verification that has been requested in order to meet employment requirements may result in the denial, reduction or discontinuance of public assistance and/or Food Stamp benefits.

Applicant/Participant Signature: _____ Date: _____

Worker Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
Centro de Trabajo: _____
Número del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Código de Acción: _____

Cita Obligatoria de Retorno

Se le ha programado una cita obligatoria de retorno al local del programa que se indica más abajo. Si usted no puede acudir a esta cita por surgir una emergencia que esté documentada, favor de llamar al número telefónico como se indica a continuación:

Fecha de la Cita: _____ Día: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Local: _____
Nombre del Local

Línea de Dirección 1

Línea de Dirección 2

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Indicaciones de Viaje:

Traiga los siguientes documentos a su cita:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Entiendo que esta cita es obligatoria y el no tener motivo justificado por no acudir a la misma, al igual que no cumplir del modo indicado los requisitos de las entrevistas sucesivas con el personal o no proveer documentación u otra verificación que haya sido solicitada para acatar los requisitos de trabajo puede resultar en el rechazo, la reducción o discontinuación de beneficios de asistencia pública y/o de Cupones para Alimentos.

Firma del Solicitante/Participante: _____ Fecha: _____
Trabajador: _____ Fecha: _____