Regional Office Address



Work First New Jersey SAI/BHI

Nombre de Cliente

 Dirección

Fecha:

Estimado/a Client Name ,

Nuestros registros muestran que usted no completó una o más de sus evaluaciones programadas de SAI/BHI que fueron solicitadas por la Junta de Servicios Sociales del Condado de \_\_\_County Name\_\_\_\_\_\_.

Tiene 10 días hábiles, hasta el \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para **hacer y mantener** su evaluación SAI/BHI. Por favor, llámeme al número a continuación para programar esta importante cita.

Si no tenemos noticias suyas, su caso WFNJ SAI/BHI se cerrará el \_\_\_\_\_\_\_\_, y su Trabajador/a Social en la Junta de Servicios Sociales del Condado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ será notificado.

Espero tener noticias suyas pronto.

Sinceramente,

Work First New Jersey SAI/BHI Telefono: