

MITTEILUNG ÜBER DISQUALIFIKATION

VERWALTUNGSBEZIRK: _____

DATUM: _____

FALLNUMMER WORK FIRST: _____

FALLNUMMER LEBENSMITTELEISTUNGEN: _____

(ZUTREFFENDE PROGRAMME MARKIEREN)

Sie wurden von einem Gericht des **VORSÄTZLICHEN PROGRAMMVERSTOSSES** für schuldig befunden. Der markierte Abschnitt gilt für Sie.

_____ Sie erhalten von _____ bis _____ keine Lebensmittelleistungen.

_____ Sie erhalten von _____ bis _____ kein Work First.

**MITTEILUNG AN RESTLICHE HAUSHALTSMITGLIEDER
NUR FÜR LEBENSMITTELEISTUNGEN AUSFÜLLEN**

Wir haben Ihren Fall geprüft, um festzustellen, ob Sie Lebensmittelleistungen erhalten können, während die oben genannte Person nicht anspruchsberechtigt ist. Unsere Prüfung hat Folgendes ergeben:

_____ Sie erhalten _____ USD pro Monat, von _____ bis _____. Nach Ablauf dieses Zeitraums müssen Sie einen neuen Antrag auf Lebensmittelleistungen stellen, da dann Ihr Zertifizierungszeitraum abläuft.

_____ Ihr Zertifizierungszeitraum ist abgelaufen. Sie können jederzeit einen neuen Antrag stellen.

_____ Sie haben keinen Anspruch mehr auf Lebensmittelleistungen.

WENN SIE FRAGEN ZU DIESEN INFORMATIONEN HABEN, SETZEN SIE SICH BITTE MIT MIR IN VERBINDUNG.

Mit freundlichen Grüßen

Vertreter des Verwaltungsbezirks