

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE
Sozialamt
VERZICHT AUF DISQUALIFIKATIONSANHÖRUNG

VERWALTUNGSBEZIRK: _____
DATUM: _____
FALLNUMMER: _____
LEBENSMITTELLEISTUNGEN: _____
WORK FIRST: _____
(zutreffende Programme markieren)

Name:
Adresse:

Sie wurden über unsere Absicht informiert, eine Anhörung abzuhalten, um zu entscheiden, ob Sie einen vorsätzlichen Programmverstoß begangen haben. Wenn Sie diese Anhörung nicht haben wollen, müssen Sie dieses Formular unten unterschreiben und uns bis zum _____ zurücksenden. Wenn Sie nicht der Vorsteher Ihres Haushalts sind, muss der Vorsteher Ihres Haushalts diesen Verzicht ebenfalls unterschreiben.

Sie müssen diesen Verzicht nicht unterschreiben. Wenn Sie jedoch unterschreiben, können das unterzeichnete Formular oder mündliche Aussagen vor Gericht gegen Sie verwandt werden. Ferner werden Sie für _____ von der Teilnahme am Programm disqualifiziert. Diese Disqualifikation beginnt am ersten Tag des Monats nach dem Datum, an dem der Haushalt die Mitteilung über die Disqualifikation erhalten hat. Alle erwachsenen Haushaltsmitglieder, deren Anspruch nach Ihrer Disqualifikation bestehen bleibt, werden ebenfalls für die Rückzahlung des von Ihnen geschuldeten Betrags verantwortlich gemacht. Bei Fragen können Sie dieses Amt unter _____ anrufen.

Bitte markieren Sie die Aussage, der Sie zustimmen und unterschreiben Sie unten.

_____ Ich gestehe die präsentierten Tatsachen ein. Ich verstehe, dass eine Disqualifikationsstrafe verhängt wird, wenn ich diesen Verzicht unterschreibe.

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Vorstehers des Haushalts (wenn andere Person) Datum

_____ Ich gestehe nicht ein, dass die präsentierten Tatsachen korrekt sind. Ich entscheide mich jedoch dennoch, diesen Verzicht zu unterzeichnen und verstehe, dass dies eine Disqualifikationsstrafe zur Folge hat.

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Vorstehers des Haushalts (wenn andere Person) Datum

Unterschrift des Vertreters des Verwaltungsbezirks

Datum