

노스캐롤라이나 주 보건후생부
사회복지과
자격상실 심리의 포기

카운티: _____
날짜: _____
케이스 번호: _____
식품 및 영양 서비스: _____
근로 우선: _____
(해당 프로그램에 체크 표시)

이름:
주소:

귀하의 고의적인 프로그램 위반 사실 여부를 확인하기 위한 심리가 열린다는 사실을 귀하에게 통지하였습니다. 귀하가 심리를 원하지 않을 경우, 본 양식 하단에 서명하여 _____까지 당 기관으로 제출해야 합니다. 귀하가 가구의 세대주가 아닌 경우, 해당 가구의 세대주도 본 포기 서류에 서명해야 합니다.

귀하가 반드시 심리를 포기해야 할 필요는 없습니다. 그러나, 귀하가 서명하는 경우, 서명된 서류 또는 구술 내용이 법정에서 귀하에게 불리하게 사용될 수도 있습니다. 또한, 귀하는 _____ 기간 동안 프로그램에 참여할 수 있는 자격이 상실됩니다. 이 자격상실의 효력은 가구가 자격상실 통보를 받은 날짜 이후 첫 번째 달부터 시작됩니다. 귀하가 자격을 상실한 후에도 여전히 수당을 받는 모든 성인 가구 구성원에게도 귀하의 채무 금액을 상환해야 할 책임이 있습니다. 질문 사항이 있는 경우, 당 사무소(전화: _____)로 문의하십시오.

귀하가 동의하는 진술문에 체크한 다음 아래에 서명하십시오.

_____ 본인은 제시된 사실을 인정합니다. 본인은 본인이 이 포기 서류에 서명할 경우 자격상실에 따른 처벌을 받는다는 사실을 알고 있습니다.

_____ 서명

_____ 날짜

_____ 가구 세대주 서명(다른 경우)

_____ 날짜

_____ 본인은 제시된 사실이 올바르다는 것을 인정하지 않습니다. 하지만 본 포기 서류에 서명하기로 결정했으며 자격상실에 따른 처벌을 받는다는 사실을 알고 있습니다.

_____ 서명

_____ 날짜

_____ 가구 세대주 서명(다른 경우)

_____ 날짜

_____ 카운티 담당자 서명

_____ 날짜