보건후생부

사회복지과

혜택의 자발적 감액 또는 종료 확인

성명 카운티

주소 케이스 번호

월일

수신:

귀하의 식품 및 영양 서비스 혜택이 다음과 같이 조정됩니다:

☐ 다음 금액으로 감액됨: 발효일:

☐ 종료됨 발효일:

본 변경 사항에 대한 사유:

본 조치의 근거가 되는 규정은 식품 및 영양 서비스 인증 설명서의 635 항에 설명되어 있습니다.

당 기관의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하의 케이스에 대한 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 공정 심리는 거주 지역 식품 및 영양 서비스 사무소에 심리를 원한다고 요청하여 받을 수 있습니다. 본 서신의 수령일로부터 90 일 이내에 내방, 전화 또는 서신으로 담당자에게 연락할 수 있습니다. 심리는 가구의 다른 구성원이나 귀하의 대리인이 요청할 수 있습니다. 귀하는 고용한 변호사를 포함하여 심리에 참석할 개인 대리인을 임명할 수 있습니다. 무료 법률 서비스도 이용할 수 있습니다. 가까운 법률 서비스(Legal Services) 사무실에 문의하십시오.

심리를 요청하려면, 식품 및 영양 서비스 사무실(전화:_____)로 전화하거나 아래 양식을 작성하여 제출하십시오.

감사합니다.

공정 심리를 원하는 경우,
본 양식을 작성한 후 절취하여 아래 주소로 보내 주십시오.

_____
심리 요청자 이름

_____

_____ _____

_____ 주소

연락 가능한 전화번호 서명 오늘 날짜

공정 심리를 원하는 이유를 아래 공간에 적어 주십시오.

(당 기관용) 사회복지사 통지서 발송일 수령일