

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE
Sozialamt
MITTEILUNG ÜBER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG, ABLEHNUNG ODER SCHWEBENDEN STATUS

Datum _____

Fallnummer:

Name
Adresse

Da Sie sofort Lebensmittelleistungen benötigen, haben wir unsere Bitte nach bestimmten Informationen verzögert. Sie müssen uns nun folgende Informationen vorlegen oder zusenden:

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Maßnahmen informieren, die wir bezüglich Ihres Lebensmittelleistungsfalls unternommen haben. Wir haben unsere Maßnahmen in dem/den markierten Kästchen erläutert.

Sie erhalten für folgende(n) Monat(e) Lebensmittelleistungen:

Die Leistungen werden nur für den ersten Monat ausgezahlt, es sei denn, Sie legen uns die von uns oben genannten angeforderten Informationen vor. Wenn diese Informationen zu einer Änderung Ihres Anspruchs oder der Höhe Ihrer Leistungen führen, ergreifen wir ohne Vorankündigung entsprechende Maßnahmen bezüglich dieser Änderungen. Wenn Sie uns die angeforderten Informationen nicht bis zum _____ vorlegen, schließen wir Ihren Fall ohne weitere Mitteilung.

Im ersten Monat erhalten Sie _____ für

folgende(n) Monat(e): _____

Nach diesem ersten Monat erhalten Sie: _____

Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie eine faire Anhörung erhalten. Sie müssen solche Anhörung spätestens bis zum _____ beantragen. Um Ihre Rechte zu schützen können Sie einen neuen Antrag stellen und eine Anhörung anfordern. Ferner können Sie, wenn Ihre Anspruchsberechtigung bestätigt wurde, jederzeit eine Anhörung beantragen, um die aktuelle Höhe Ihrer Leistungen anzufechten. Um eine faire Anhörung zu beantragen, rufen Sie bitte die Stelle für Lebensmittelleistungen unter an

Ihr Antrag wurde nicht genehmigt, weil: _____

Sie nicht alles getan haben, was für uns erforderlich war, um festzustellen, ob Sie Anspruch auf Lebensmittelleistungen haben. Folgendes müssen Sie noch tun:

_____ oder
füllen Sie untenstehendes Formular aus und senden Sie es zurück. Wenn Sie mehr Informationen wünschen, wie eine faire Anhörung abläuft, können Sie ebenfalls diese Telefonnummer anrufen. Es steht kostenloser Rechtsbeistand zur Verfügung. Kontaktieren Sie Ihre lokale Stelle für Rechtsbeistand.

Wenn Sie dies bis zum _____ tun, müssen Sie keinen neuen Antrag stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Wenn Sie eine faire Anhörung wünschen, füllen Sie bitte dieses Formular aus, reißen Sie es ab und senden Sie es an:

Name der Person, die eine Anhörung beantragt

Adresse

Telefonnummer, unter der Sie erreichbar sind

Ihre Unterschrift

Heutiges Datum

Hier können Sie uns mitteilen, warum Sie eine faire Anhörung wünschen

Nur für amtliche Vermerke

Fallnummer	Sachbearbeiter	Versanddatum der Mitteilung	Datum des Erhalts der Anfrage
<i>Ergriffene Maßnahme bezüglich Ihres Lebensmittelleistungsfalls</i>			