

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD
Division des services sociaux
NOTIFICATION PRÉALABLE D'AUDITION POUR EXCLUSION

COMTÉ : _____
DATE : _____
N° DE DOSSIER : _____
SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION : _____
WORK FIRST : _____
(cochez les programmes appropriés)

Nom : _____
Adresse : _____

Nous avons toutes les raisons de penser que vous avez commis une violation intentionnelle du programme parce que

_____.

UNE AUDITION a été programmée dans le but d'examiner les faits de votre dossier. L'audition aura lieu à :

HEURE : _____

DATE : _____

LIEU : _____

Si l'audition conclut que vous avez commis une violation intentionnelle du programme, vous n'obtiendrez pas

<u>DE SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION pendant</u>	<u>WORK FIRST pendant</u>
____ 12 mois parce qu'il s'agit de votre première infraction	____ 12 mois parce qu'il s'agit de votre première infraction
____ 24 mois parce qu'il s'agit de votre deuxième infraction	____ 24 mois parce qu'il s'agit de votre deuxième infraction
____ De façon permanente parce qu'il s'agit de votre troisième infraction	____ De façon permanente parce qu'il s'agit de votre troisième infraction
____ 10 ans si vous faites une déclaration trompeuse concernant votre identité ou résidence afin de recevoir les prestations multiples dans plus d'1 comté ou État	____ 10 ans si vous faites une déclaration trompeuse concernant votre identité ou résidence afin de recevoir les prestations multiples dans plus d'1 comté ou État

Par conséquent, il est important que vous veniez à l'audition. Si vous ne venez pas, les décisions seront fondées sur les renseignements fournis par le Département des services sociaux du comté. Veuillez appeler les services sociaux du Département de votre comté si vous ne pouvez pas venir à l'audition pour une raison suffisante, et nous essaierons de modifier la date, l'heure ou le lieu.

Si vous ne souhaitez pas obtenir une audition, vous pouvez signer une clause de renonciation de votre droit à obtenir une audition. Si vous signez la clause de renonciation, vous devrez cependant rembourser la valeur des prestations que votre ménage n'avait pas le droit de recevoir.

Vous n'aurez également plus le droit _____ aux Services d'alimentation et de nutrition pendant _____ mois.

Vous n'aurez également plus le droit au programme Work First pendant _____ mois.

Si vous avez des questions, veuillez appeler le Département des services sociaux du comté au _____. Un conseil juridique gratuit est mis à votre disposition au bureau des services légaux desservant ce secteur. Le numéro est _____.

Signature du représentant du comté

VOUS AVEZ LE DROIT DE :

1. examiner les preuves qui seront utilisées lors de l'audition, à la fois avant et pendant l'audition. Veuillez appeler les services sociaux du Département du comté si vous souhaitez examiner les preuves avant l'audition.
2. présenter votre propre dossier ou de demander à quelqu'un de le présenter pour vous, comme un avocat, un ami, un membre de la famille ou un travailleur communautaire.
3. faire venir votre propre témoin.
4. discuter librement de votre dossier.
5. mettre en cause toute déclaration ou preuve établie contre vous.
6. apporter toute preuve que vous pouvez détenir et qui pourrait étayer votre dossier.
7. signer une renonciation déclarant que vous ne souhaitez pas obtenir une audition, et
8. obtenir une copie des procédures d'audition.