

SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH BẮC CAROLINA
Đơn Vị Dịch Vụ Xã Hội
THÔNG BÁO TRƯỚC VỀ BUỔI ĐIỀU TRẦN TRUẤT QUYỀN

HẠT: _____
NGÀY: _____
SỐ HỒ SƠ: _____
DỊCH VỤ DINH DƯỠNG VÀ THỰC PHẨM: _____
VIỆC LÀM TRƯỚC TIÊN: _____
(Đánh dấu các chương trình thích hợp)

Tên:
Địa chỉ:

Chúng tôi có lý do để tin rằng quý vị có thể đã Cố Ý Vi Phạm Chương Trình vì _____

MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN đã được lên lịch để kiểm tra các dữ kiện trong hồ sơ của quý vị. Buổi điều trần sẽ diễn ra tại:

THỜI GIAN: _____

NGÀY: _____

ĐỊA ĐIỂM: _____

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nếu phiên điều trần thấy rằng quý vị đã cố ý vi phạm chương trình, quý vị sẽ không được nhận | |
| <u>DỊCH VỤ DINH DƯỠNG VÀ THỰC PHẨM</u> cho | <u>VIỆC LÀM TRƯỚC TIÊN</u> cho |
| _____ 12 tháng vì đó là vi phạm đầu tiên của quý vị | _____ 12 tháng vì nó là vi phạm đầu tiên của quý vị |
| _____ 24 tháng vì đó là vi phạm thứ hai của quý vị | _____ 24 tháng vì nó là vi phạm thứ hai của quý vị |
| _____ Vĩnh viễn vì đó là vi phạm thứ ba của quý vị | _____ Vĩnh viễn vì đó là vi phạm thứ ba của quý vị |
| _____ 10 năm vì trình bày sai nhận dạng hoặc nơi cư trú để nhận được nhiều phúc lợi tại hơn 1 hạt hoặc tiểu bang | _____ 10 năm vì trình bày sai nhận dạng hoặc nơi cư trú để nhận được nhiều phúc lợi tại hơn 1 hạt hoặc tiểu bang |

Vi vậy, điều quan trọng là quý vị đến buổi điều trần. Nếu quý vị không đến, một quyết định sẽ được dựa trên thông tin cung cấp bởi Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt. Vui lòng gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt nếu quý vị không thể đến buổi điều trần vì một lý do chính đáng, và chúng tôi sẽ cố gắng thay đổi ngày, giờ, hoặc địa điểm.

Nếu không muốn có một buổi điều trần, quý vị có thể đăng ký từ bỏ quyền điều trần. Nếu quý vị ký vào từ bỏ, quý vị vẫn sẽ phải trả lại giá trị của các phúc lợi mà gia đình quý vị không đủ điều kiện để nhận được.

Quý vị cũng sẽ bị loại khỏi _____ Dịch Vụ Dinh Dưỡng và Thực Phẩm trong các tháng _____.

Quý vị cũng sẽ bị loại khỏi Chương Trình Việc Làm Trước Tiên trong các tháng _____.

Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt theo số _____. Tư vấn pháp luật miễn phí có tại văn phòng Dịch Vụ Pháp Lý phục vụ trong khu vực này. Số điện thoại là _____.

Chữ Ký Của Đại Diện Của Hạt

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN:

1. Xem xét các bằng chứng sẽ được sử dụng tại buổi điều trần, cả trước và trong buổi điều trần. Vui lòng gọi cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Của Hạt nếu quý vị muốn xem xét bằng chứng trước buổi điều trần.
2. Trình bày trường hợp của quý vị hoặc có một người nào đó trình bày trường hợp của quý vị cho quý vị, chẳng hạn như một luật sư, một người bạn của quý vị, người thân, hoặc một nhân viên cộng đồng.
3. Đưa nhân chứng của riêng quý vị tới.
4. Trình bày trường hợp của quý vị một cách tự do.
5. Câu hỏi bất kỳ tuyên bố hoặc bằng chứng chống lại quý vị.
6. Đem theo bất kỳ bằng chứng quý vị có thể có sẽ hỗ trợ trường hợp của quý vị.
7. Ký giấy khước từ nói quý vị không muốn có một buổi điều trần, và
8. Có một bản sao của quy trình điều trần.