

**NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE**  
**Sozialamt**  
**ERGRIFFENE MASSNAHME BEZÜGLICH ADMINISTRATIVER DISQUALIFIKATIONSANHÖRUNG**

VERWALTUNGSBEZIRK: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

FALLNUMMER: \_\_\_\_\_

LEBENSMITTELLEISTUNGEN: \_\_\_\_\_

WORK FIRST: \_\_\_\_\_

(zutreffende Programme markieren)

Name:

Adresse:

Im Rahmen der am \_\_\_\_\_ abgehaltenen Anhörung wurde festgestellt, dass Sie einen vorsätzlichen Programmverstoß begangen haben. Wenn Sie bei der Anhörung nicht anwesend waren, haben Sie 10 Tage Zeit, um einen guten Grund für Ihr Nichterscheinen vorzubringen.

Sie haben zwei Möglichkeiten:

1. Wenn Sie mit der Entscheidung zufrieden sind und keine neue Anhörung wünschen, erhalten Sie kein \_\_\_\_\_ Work First für die Monate \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, und/oder keine \_\_\_\_\_ Lebensmittelleistungen für die Monate \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.
2. Wenn Sie mit der Entscheidung nicht zufrieden sind, können Sie eine neue Anhörung auf höherer Ebene beantragen. Rufen Sie hierzu bitte Ihre Behörde für Soziales und Familie an oder unterschreiben Sie unten mit Ihrem Namen und senden Sie dieses Formular an die Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks zurück. Wenn Sie innerhalb von 15 Kalendertagen nach Erhalt dieser Mitteilung eine neue Anhörung beantragen, erhalten Sie auch weiterhin Lebensmittelleistungen und/oder Work First, bis bei der neuen Anhörung festgestellt wird, ob Sie anspruchsberechtigt sind. (Bitte berücksichtigen Sie beim Zählen der 15 Tage Wochenenden und Feiertage.)

\_\_\_\_\_ Ja, ich möchte eine neue Anhörung.

\_\_\_\_\_  
(Bitte hier mit Ihrem Namen unterschreiben)

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie bitte die Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks unter \_\_\_\_\_ an.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters des Verwaltungsbezirks

**MITTEILUNG AN RESTLICHE HAUSHALTSMITGLIEDER**  
**(nur für Lebensmittelleistungen ausfüllen)**

**Wir haben Ihren Fall geprüft, um zu ermitteln, ob Sie Lebensmittelleistungen erhalten können, während \_\_\_\_\_ von der Teilnahme am Programm ausgeschlossen ist. Unsere Prüfung hat Folgendes ergeben:**

\_\_\_\_\_ **Sie erhalten für die Monate \_\_\_\_\_ Lebensmittelleistungen in Höhe von \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ **Obwohl Ihr Zertifizierungszeitraum abgelaufen ist, sind Sie möglicherweise dennoch anspruchsberechtigt. Um zu ermitteln, ob Sie anspruchsberechtigt sind, rufen Sie bitte die Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks an, schreiben Sie ihr oder erscheinen Sie persönlich und bitten Sie um einen Antrag.**

\_\_\_\_\_ **Sie sind nicht mehr anspruchsberechtigt.**

**Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht zufrieden sind, können Sie eine Anhörung beantragen.**

**Ihr Sachbearbeiter wird Sie über die Höhe Ihrer Work First Zahlung informieren.**