

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
MEDIDAS TOMADAS RESPECTO A LA RENUNCIA A LA AUDIENCIA DE DESCALIFICACIÓN ADMINISTRATIVA

CONDADO: _____

FECHA: _____

CASO N°: _____

SERVICIOS DE ALIMENTO Y NUTRICIÓN: _____

PROGRAMA WORK FIRST: _____
(marque los programas que correspondan)

Nombre:

Dirección:

Usted ha renunciado a su derecho a una audiencia de descalificación administrativa.

___ No recibirá Servicios de Alimento y Nutrición durante _____,
duración de la descalificación
desde _____ hasta _____.
mes/año mes/año

___ No recibirá servicios del programa Work First _____,
duración de la descalificación
desde _____ hasta _____.
mes/año mes/año

Esta renuncia no impide que el estado le pida que devuelva en efectivo el valor de los beneficios que su grupo familiar recibió sin derecho. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del condado llamando al _____.

Firma del representante del condado

AVISO AL RESTO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
(llenar sólo para Servicios de Alimento y Nutrición)

Hemos revisado su caso para ver si puede recibir Servicios de Alimento y Nutrición mientras no se le permita participar a _____. Esto es lo que hemos determinado:

- Recibirá _____ en Servicios de Alimento y Nutrición durante _____.
- Aunque su período de certificación ha terminado, es posible que sea elegible. Para ver si es elegible, llame o escriba a la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición, o pase personalmente, y pida llenar una solicitud.
- Usted ha dejado de ser elegible.

Si no está satisfecho con la decisión, puede pedir una audiencia respecto a la reducción o terminación de sus beneficios. El trabajador de mantenimiento de ingresos se comunicará con usted para hablarle sobre el monto del pago del programa Work First.