

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولاينا الشمالية  
قسم الخدمات الاجتماعية  
جلسة استماع التنازل عن الأهلية

المقاطعة: \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_  
رقم الحالة: \_\_\_\_\_  
برنامج خدمات الطعام والتغذية: \_\_\_\_\_  
برنامج "العمل أولاً": \_\_\_\_\_  
(ضع علامة على البرامج المناسبة)

الاسم:  
العنوان:

لقد تم إخطارك بعزمنا على عقد جلسة استماع لاتخاذ قرار بشأن ارتكابك انتهاكاً متعمداً للبرنامج. إذا لم تكن ترغب في الحصول على جلسة استماع، يتعين عليك توقيع الجزء السفلي من هذا النموذج وإعادته إلينا بتاريخ \_\_\_\_\_. إذا لم تكن رب أسرتك، يتعين على الشخص الذي يمثل رب الأسرة أيضاً توقيع هذا التنازل.

لا يُطلب منك توقيع هذا التنازل. ومع ذلك، إذا لم توقع، يجوز استخدام النموذج الوقع أو البيانات الشفهية ضدك في المحكمة. ستكون غير مؤهل للاشتراك في البرنامج لمدة \_\_\_\_\_. سوف تبدأ عدم الأهلية هذه من أول شهر تال لتاريخ استلام الأسرة إخطار عدم التأهل. سوف يتحمل أي فرد بالغ في الأسرة ممن يظل مؤهلاً بعد عدم أهليتك مسؤولية سداد المبلغ الذي تدين به. إذا ساورتك أسئلة، يُمكنك الاتصال بهذا المكتب على رقم \_\_\_\_\_.

يرجى وضع علامة أمام العبارة التي توافق عليها ووقع أدناه.

أقر بالحقائق المُقدمة. أدرك أنه سوف يتم تطبيق عقوبة عدم الأهلية إذا وقعت هذا التنازل.

الهاتف

توقيع رب الأسرة (إذا كانت مختلفاً) التاريخ

لا أقر بصحة الحقائق المُقدمة. ومع ذلك، فقد اخترت توقيع هذا التنازل وأدرك أنه سوف يتم تطبيق عقوبة عدم الأهلية

الهاتف

توقيع رب الأسرة (إذا كانت مختلفاً) التاريخ

توقيع ممثل المقاطعة التاريخ

DSS-8588 (نسخة مُنقحة. 09/09)  
الخدمات الاقتصادية والأسرية