

**SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH BẮC CAROLINA**  
**Đơn Vị Dịch Vụ Xã Hội**  
**GIẤY KHƯỚC TỪ BUỔI ĐIỀU TRẦN TRUẤT QUYỀN**

HỌ TÊN: \_\_\_\_\_  
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:

Quý vị đã được thông báo về ý định của chúng tôi có một buổi điều trần để quyết định liệu quý vị có Cố Ý Vi Phạm Chương Trình hay không. Nếu quý vị không muốn có một buổi điều trần, quý vị cần ký vào dưới mẫu này và gửi lại cho chúng tôi trước \_\_\_\_\_. Nếu quý vị không phải chủ hộ gia đình của quý vị, người người đứng đầu gia đình cũng cần ký tên vào giấy khước từ này.

Quý vị không cần phải ký vào giấy khước từ này. Tuy nhiên, nếu quý vị ký, mẫu có chữ ký hoặc xác nhận bằng lời nói có thể được sử dụng để chống lại quý vị tại một tòa án pháp luật. Quý vị cũng sẽ bị truất quyền tham gia vào chương trình đối với \_\_\_\_\_. Việc truất quyền này sẽ bắt đầu từ tháng đầu tiên sau ngày gia đình nhận được thông báo bị truất quyền. Bất kỳ thành viên gia đình trưởng thành nào hội đủ điều kiện sau khi quý vị bị loại cũng sẽ chịu trách nhiệm về việc trả số tiền quý vị nợ. Nếu có thắc mắc, quý vị có thể gọi cho văn phòng này theo số \_\_\_\_\_.

Vui lòng đánh dấu xác nhận quý vị đồng ý và ký tên vào dưới đây.

\_\_\_\_\_ Tôi xác nhận các dữ kiện như đã trình bày. Tôi hiểu rằng hình phạt truất quyền sẽ được áp dụng nếu tôi ký giấy khước từ này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của chủ hộ (nếu khác)

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_ Tôi không xác nhận các dữ kiện như đã trình bày là chính xác. Tuy nhiên, tôi đã quyết định ký giấy khước từ này và hiểu rằng sẽ dẫn đến hình phạt truất quyền

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của chủ hộ (nếu khác)

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Của Người Đại Diện Hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày