

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية

أثر التغيير الكلي على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية

التاريخ: _____

المقاطعة: _____

رقم الحالة في برنامج خدمات الطعام والتغذية: _____

إننا نرسل هذا الخطاب لإبلاغك بأثر إجراء تغيير كلي _____ على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية.

لقد تم تغيير حصتك من برنامج الطعام والتغذية من _____ إلى _____ بداية في _____.

سوف يتم إنهاء إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية في: _____.

ملاحظات: _____

ترد أنظمة الولاية المساندة لهذا التغيير في القسم 635 من دليل شهادة برنامج خدمات الطعام والتغذية.

يحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة لحالتك إذا لم توافق على قرارنا. يُمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة عن طريق إبلاغ برنامج خدمات الطعام والتغذية المحلي أو قسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي الذي تتبعه بطبقتك شخصياً أو عبر الهاتف أو خطياً. يجوز لأي فرد من أفراد أسرتك أو لممثلك المطالبة بعقد جلسة استماع. يُمكن تمثيلك في جلسة الاستماع من قبل ممثل شخصي بما في ذلك محامي تستعين به على نفقتك. تتوفر استشارة قانونية مجانية. اتصل بأقرب مكتب خدمات قانونية لك.

إذا ساورتك أي أسئلة حول هذا التغيير، فاتصل بموظف برنامج خدمات الطعام والتغذية الذي تتبعه.

تقبلوا فائق التحية والاحترام،

توقيع الموظف المسؤول عن الحالة:

رقم الهاتف