

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD
Division des services sociaux

**CONSÉQUENCE DES MODIFICATIONS MULTIPLES SUR VOS PRESTATIONS DES SERVICES
D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION**

DATE : _____

COMTÉ : _____

NUMÉRO DE DOSSIER FNS : _____

Nous vous écrivons pour vous informer des conséquences que des modifications multiples de _____ ont eu sur vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition.

- Votre allocation des Services d'alimentation et de nutrition a été modifiée de _____ à _____, en vigueur le _____.
- Vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition s'achèveront le _____.

Remarques : _____

Les règlements d'État qui justifient cette action peuvent être consultés dans la section 635 du manuel d'attestation des Services d'alimentation et de nutrition.

Vous pouvez obtenir une audition équitable de votre dossier si vous n'êtes pas satisfait(e) de notre décision. Vous pouvez demander une audition équitable en informant de votre demande votre bureau local des Services d'alimentation et de nutrition ou en informant le Département des services sociaux du comté, en personne, au téléphone, ou par écrit. L'audition peut être demandée par un membre de votre ménage ou par votre représentant. Vous pouvez être représenté(e) lors d'une audition par un représentant personnel, y compris un avocat que vous paierez vous-même. Un conseil juridique gratuit peut être fourni. Contactez votre bureau des services légaux le plus proche.

Si vous avez des questions à propos de ces modifications, contactez votre agent des Services d'alimentation et de nutrition.

Cordialement,

Signature de votre agent de
traitement de dossiers

Numéro de téléphone