

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE

Sozialamt

RÜCKFORDERUNGSBESCHIED NACH ANHÖRUNG

Verwaltungsbezirk: _____

Datum: _____

Lebensmittelleistungen Fallnummer: _____

Referenznummer: _____

Name:

Adresse:

Sehr geehrte/r _____:

In der am _____ abgehaltenen Anhörung wurde festgestellt, dass Sie _____ USD mehr an Lebensmittelleistungen erhalten haben, als Sie im Monat/in den Monaten _____ Anspruch hatten, aufgrund eines _____.

Daher müssen Sie und Ihr Haushalt den Wert der zusätzlichen Lebensmittelleistungen, die Sie erhalten haben, zurückzahlen.

Wenn Sie aktiv Lebensmittelleistungen erhalten, wird der Betrag der Leistungen, die Sie monatlich erhalten, im Falle eines Verwaltungsfehlers oder eines versehentlichen fehlerhaften Anspruchs Ihres Haushalts um 10 % des Anspruchs bzw. um 10,00 USD (der höhere Betrag ist maßgeblich) reduziert bzw. im Falle eines vorsätzlichen Programmverstoßes um 20 % des Anspruches bzw. um 20,00 USD (der höhere Betrag ist maßgeblich) reduziert, bis solcher Anspruch vollständig gezahlt wurde.

Wenn Sie derzeit keine Lebensmittelleistungen erhalten und noch keine Vorkehrungen für die vollständige Rückzahlung getroffen haben, müssen Sie durch Markieren des entsprechenden Kästchens unten eine Rückzahlungsmethode wählen. Sie müssen dieses Formular innerhalb von 10 Tagen unterzeichnen und an Ihr lokales Amt zurücksenden.

Ihre erste Zahlung ist 10 Geschäftstage nach dem Datum dieser Mitteilung fällig.

Ich stimme zu, den gesamten Betrag durch einmalige Barzahlung zurückzuzahlen.

Ich stimme zu, monatliche Barzahlungen in Höhe von _____ USD pro Monat zu leisten, bis der Anspruch komplett bezahlt ist.

Unterschrift: _____

Datum: _____

Bei Fragen rufen Sie bitte _____ unter _____ an. _____

Im Namen des Verwaltungsbezirks _____ akzeptiere ich diese Rückzahlungsvereinbarung.

Vertreter des Verwaltungsbezirks

DSS-8658 (09/09)

Wirtschafts- und Familiendienste