

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

División de Servicios Sociales

AVISO DE PAGO DESPUÉS DE LA AUDIENCIA

Condado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número del caso de Servicios de Alimentos y Nutrición: \_\_\_\_\_

Identificación de Referencia: \_\_\_\_\_

Nombre:

Dirección:

Estimado \_\_\_\_\_:

En la audiencia llevada a cabo el \_\_\_\_\_ se determinó que usted recibió sin derecho \$ \_\_\_\_\_ en Servicios de Alimentos y Nutrición durante los meses de \_\_\_\_\_ debido a \_\_\_\_\_. Por lo tanto, usted y su grupo familiar deben devolver el valor de estos Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si está actualmente recibiendo Servicios de Alimentos y Nutrición, el monto de los beneficios que recibe cada mes se reducirá en 10%, o \$10.00, lo que sea más, por error administrativo o una reclamación de error desapercibido del grupo familiar; o 20% de la cantidad a la cual tiene derecho, o \$20.00, lo que sea más, por infracción intencional de programa, hasta que la reclamación se pague en su totalidad.

Si no está actualmente recibiendo Servicios de Alimentos y Nutrición y no ha establecido una manera de pagar el total que adeuda, debe escoger un método de pago marcando la casilla apropiada que aparece abajo. Luego debe firmar y enviar este formulario a la oficina local en termino máximo de 10 días.

**Debe hacer el primer pago a más tardar en 10 días hábiles después de la fecha de este aviso.**

Este adeudo al programa de Servicios de Alimentos y Nutrición debe ser pagado completamente en el término de 36 meses y los pagos mensuales no deben ser de menos de \$25.00. Para determinar el pago mínimo mensual divida la cantidad adeuda entre 36.

Contacte a su oficina local de **Servicios de Alimentos y Nutrición** si no puede realizar los pagos mínimos mensuales debido a la situación en que se encuentra.

\_\_\_\_\_ Acepto pagar la deuda en su totalidad con una cantidad única en efectivo.

\_\_\_\_\_ Acepto pagar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ todos y cada uno de los meses hasta devolver el total que adeudo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas comuníquese con, \_\_\_\_\_ llamando al \_\_\_\_\_

A nombre del condado de \_\_\_\_\_, acepto este acuerdo de pago. \_\_\_\_\_

Representante del condado