

**NORTH CAROLINA
MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE
Sozialamt
MITTEILUNG ÜBER NACHTEILIGE SCHRITTE**

Datum _____

Fallnummer _____

Name _____

Adresse _____

Sehr geehrte/r, _____

wir haben festgestellt, dass Ihr Haushalt keinen Anspruch mehr auf die Lebensmittelleistungen hat, die Sie erhalten haben. Ihre Leistungen werden:

am _____ eingestellt _____

Am auf _____ pro Monat reduziert.

Diese Änderung wird vorgenommen, weil _____

Die bundesstaatlichen Vorschriften, denen diese Änderung zugrunde liegt, finden sich in den Abschnitten _____ des Zertifizierungshandbuchs für Lebensmittelleistungen oder in _____

Wenn Sie eine faire Anhörung wünschen, füllen Sie bitte dieses Formular aus, reißen Sie es ab und senden Sie es an:

Name der Person, die eine Anhörung beantragt

Telefonnummer, unter der Sie erreichbar sind

Hier können Sie uns mitteilen, warum Sie eine faire Anhörung wünschen

Ich möchte bis zu der Anhörung auch weiterhin Lebensmittelleistungen zu meinem aktuellen Satz erhalten.

Nur für amtliche Vermerke
Fallnummer _____
Antrags _____

Sachbearbeiter _____

Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sind, haben Sie ein Recht auf eine faire Anhörung für Ihren Lebensmittelleistungsfall. Sie erhalten eine faire Anhörung, indem Sie Ihrer lokalen Stelle für Lebensmittelleistungen oder der Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirkes mitteilen, dass Sie eine Anhörung wünschen. Sie können die jeweilige Stelle persönlich, telefonisch oder schriftlich kontaktieren. Die Anhörung kann von einem beliebigen Mitglied Ihres Haushalts oder von Ihrem Vertreter beantragt werden. Sie können bei der Anhörung von einem persönlichen Vertreter vertreten werden, zum Beispiel von einem von Ihnen beauftragten Anwalt. Möglicherweise steht kostenloser Rechtsbeistand zur Verfügung. Kontaktieren Sie Ihre lokale Stelle für Rechtsbeistand.

Wenn Sie bis zum _____ eine Anhörung beantragen, können Sie auch weiterhin Lebensmittelleistungen zu Ihrem aktuellen Satz erhalten.

Sie können dann Lebensmittelleistungen erhalten, bis bei Ihrer Anhörung eine Entscheidung getroffen wird oder bis Ihr Anspruchszeitraum abläuft. Der frühere Zeitpunkt ist maßgeblich. Wenn bei der Anhörung jedoch festgestellt wird, dass unsere Entscheidung korrekt war,

schuldet uns Ihr Haushalt den Betrag der Lebensmittelleistungen, die Sie erhalten haben oder

wird nach der Entscheidung der Anhörung eine Disqualifikation verhängt

Sie können auch nach diesem Datum noch eine Anhörung beantragen, aber Sie erhalten dann keine weiteren Lebensmittelleistungen zu Ihrem aktuellen Satz.

Ab dem Datum dieses Schreibens haben Sie neunzig (90) Tage, also bis zum _____ Zeit, um eine Anhörung zu beantragen. Wenn Sie bis zu diesem Datum nicht um eine Anhörung bitten, können Sie keine erhalten.

Um eine Anhörung zu beantragen, rufen Sie bitte die Stelle für Lebensmittelleistungen unter _____ an oder füllen Sie untenstehendes Formular aus und senden Sie es zurück.

Wenn Sie unsere Entscheidung besprechen möchten oder Fragen haben, wie eine faire Anhörung abläuft, rufen Sie bitte die Stelle für Lebensmittelleistungen an.

Mit freundlichen Grüßen

Sachbearbeiter

Adresse der Person, die eine Anhörung beantragt

Ihre Unterschrift

Heutiges Datum

Versanddatum der Mitteilung

Datum des Erhalts des