

노스캐롤라이나 주
보건후생부
사회복지과
혜택 변경 통지서

날짜 _____

케이스 번호 _____

성명 _____

주소 _____

수신: _____

귀하의 가구가 지금까지 받아온 식품 및 영양 서비스를 더 이상 받을 수 없다는 사실을 알려드립니다. 귀하의 혜택이 다음과 같이 변경됩니다.

다음 일자로 종료: _____

금액: _____ /월, 시작일자: _____

본 변경에 대한 사유:

본 변경 사항의 근거가 되는 주 규정은 식품 및 영양 서비스 인증 설명서의 _____ 절이나 다음에 있습니다:

공정 심리를 원하는 경우, 본 양식을 작성한 후 절취하여 아래 주소로 보내 주십시오.

심리 요청자 이름

연락 가능한 전화번호

공정 심리를 원하는 이유를 아래 공간에 적어 주십시오.

심리 전까지 지금 받고 있는 식품 및 영양 서비스의 금액을 계속 받고 싶습니다.

당 기관용
케이스 번호

사회복지사

DSS-8553 (개정일: 2009년 9월)
경제 가족 서비스

본 결정에 불복하는 경우, 귀하는 해당 케이스에 심리를 신청할 권리가 있습니다. 공정 심리는 거주 지역 식품 및 영양 서비스 사무소 또는 카운티 사회복지부에 심리를 요청하여 받을 수 있습니다. 담당자에게 연락하는 방법은 내방, 전화 또는 서신 등이 있습니다. 심리는 가구의 다른 구성원이나 귀하의 대리인이 요청할 수 있습니다. 귀하는 고용한 변호사를 포함하여 심리에 참석할 개인 대리인을 임명할 수 있습니다. 무료 법률 자문도 이용할 수 있습니다. 가까운 법률 서비스(Legal Services) 사무실에 문의하십시오.

다음 일자까지 심리를 요청하면 현재 요율에 따라 식품 및 영양 서비스를 계속해서 받을 수 있습니다:

심리 결정이 나거나 귀하의 수급 자격 기간이 끝나거나 둘 중 빠른 날짜까지 식품 및 영양 서비스를 받을 수 있습니다. 단, 심리 결과가 본 기관의 결정이 타당한 것으로 판결나는 경우,

귀하의 가구는 수령한 식품 및 영양 서비스 금액을 당 기관에 상환해야 합니다. 또는

심리 결정 후에 자격을 상실합니다.

이 날짜 후에도 심리를 요청할 수 있지만, 식품 및 영양 서비스를 현재 요율에 따라 받을 수는 없습니다.

심리 요청 기간은 본 서신일로부터 본 90일이 되는 _____일까지입니다. 이 날짜까지 심리를 요청하지 않으면, 심리를 받을 수 없습니다.

심리를 요청하려면, 식품 및 영양 서비스 사무실 (전화: _____)로 전화하거나 아래의 양식을 작성하여 제출하십시오.

당 기관의 결정에 대해 논의하거나 공정 심리 방법에 대해 질문이 있는 경우, 식품 및 영양 서비스 사무실로 문의하십시오.
감사합니다.

사회복지사

심리 요청자의 주소

귀하의 서명

오늘 날짜

통지 발송일

신청서 접수일