

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
AVISO POR ADELANTADO DE AUDIENCIA DE DESCALIFICACION

AGENCIA LOCAL: _____
FECHA: _____
CASO NO: _____
SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION: _____
WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO): _____
(Marque los programas afectados)

Nombre:
Dirección:

Se cree que usted cometió una Violación Intencional al Programa porque _____
_____.

UNA AUDIENCIA ha sido programada para examinar los hechos en su caso. La audiencia será:

HORA: _____

FECHA: _____

LUGAR: _____

Si en la audiencia se encuentra que usted ha cometido una Violación Intencional al Programa, usted no recibirá

SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION (FNS) por
_____ 12 meses si es su primera violación
_____ 24 meses si es su segunda violación
_____ Permanentemente si es la tercera violación
_____ 10 años por falsa identidad o residencia,
con la intención de recibir beneficios en mas de 1
condado o estado

PROGRAMA WORK FIRST por
_____ 12 meses si es su primera violación
_____ 24 meses si es su segunda violación
_____ Permanentemente si es su tercera violación
_____ 10 años por falsa identidad o residencia,
con la intención de recibir beneficios en mas de 1
condado o estado

Por lo tanto es importante que asista a esta audiencia. Cuando reciba este aviso, llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un término de 10 días antes de la fecha de la audiencia si necesita cambiar la fecha. Si no puede asistir a la audiencia, la decisión se tomará en base a la información provista por el Departamento de Servicios Sociales del Condado.

Si no desea tener una audiencia puede firmar un documento renunciando a su derecho de audiencia. Si opta por esta opción, tendrá que reembolsar la cantidad de beneficios que su grupo familiar recibió sin tener derecho.

La audiencia no impide que el estado o al gobierno federal le persiga por una Violación Intencional al Programa en una corte civil o criminal o para recuperar los beneficios que se le otorgaron sin tener derecho a ellos.

También será descalificado del Programa de _____ Servicios de Alimentos y Nutrición por _____ meses.

También será descalificado del Programa de _Work First por _____ meses.

Si tiene preguntas llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado al _____. Hay ayuda legal gratuita a través de la Oficina de Ayuda Legal en su área. El número es _____.

Firma del Representante del Condado _____

Sumario de la Evidencia en el Reverso de esta Forma

TIENE DERECHO A:

1. Ver la evidencia que será usada en la audiencia (antes y durante de la audiencia). Llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado para tener acceso a la evidencia.
2. Representarse a si mismo o tener a alguien que lo represente en su caso, tal como un abogado, un amigo, un familiar, o un trabajador comunitario. Traiga sus testigos.
3. Avanzar sus argumentos sin interferencia indebida
4. Someter cualquier evidencia que tenga para apoyar su caso. Cuestionar cualquier argumento o evidencia contra usted, incluyendo la oportunidad de confrontar testigos (cross examination).
5. Firmar un documento declarando que no desea una audiencia, y
6. Obtener una copia de los procedimientos de audiencia.

SUMMARY OF EVIDENCE

(Check which apply)

- Employment Verification/Wages
- Unearned Income
- USDA Charge Letter (Retail Trafficking)
- Social Media Printouts
- EBT Transactions
- School Verification
- Landlord Verification
- NC DMV Records
- Secretary of State Records
- Tax Records
- Register of Deeds Records
- Store Video
- Store Receipts
- Police Report
- FNS Applications/Recertifications
- Other Program Applications/Recertifications
- Criminal History
- Out of State Verification Records
- Map of FNS Retail Stores

Other: _____

