

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
AUDIENCIA DE DESCALIFICACION ADMINISTRATIVA: ACCION TOMADA

CONDADO: _____
FECHA: _____
CASO NO: _____
SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION: _____
PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO): _____
(Marque el programa afectado)

Nombre:
Dirección:

En la audiencia realizada en _____ se encontró que usted cometió una Violación Intencional al Programa. Si usted no asistió a la audiencia, tiene 10 días para presentar una causa justificada por la cual no se presentó.

Regulación Federal: _____ Usted, intencionalmente hizo declaraciones falsas, engañosas o incorrectas, para esconder u ocultar algunos hechos
_____ Usted, ha cometido intencionalmente un hecho que constituye una violación al Acta de Estampillas de Comida, con el propósito de presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar con tarjetas autorizadas

Estatuto Estatal: _____ 108A-53-Representación Fraudulenta
_____ 108A-53.1-Posesión o uso ilegal de Beneficios Electrónicos de Alimentos y Nutrición

Usted tiene dos opciones:

1. Si está de acuerdo con esta decisión y no desea una nueva audiencia, Ud. Será descalificado y no recibirá _____ Beneficios de Work First por los meses de _____ hasta _____, y/o _____ Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por los meses de _____ hasta _____.

2. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar otra audiencia a un nivel mas elevado. Llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado o firme esta hoja en la parte inferior y envíela a al Departamento de Servicios Sociales de su condado. Si solicita una nueva audiencia dentro de un término de 15 días calendario a partir de la fecha en que recibió este aviso, usted continuará recibiendo _____ beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición y _____ del Programa Work First hasta la fecha de la nueva audiencia (se toman en cuenta los fines de semana y días festivos)
_____ Sí, deseo una nueva audiencia

(Firme aquí) _____

Si tiene preguntas llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado _____

Firma del Representante del Condado _____

AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

(Complete solamente para los Servicios de Alimentos y Nutrición)

Hemos revisado su caso para ver si pueden recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras que _____ no puede participar en el programa.

_____ Ud. O Uds. recibirán _____ en Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición durante _____.

_____ Aunque su periodo de certificación ha terminado, pudiera ser elegible. Llame, escriba o visite su Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición para pedir una nueva solicitud.

_____ Ud. O Uds. No son elegibles para Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si no está de acuerdo con esta decisión, podrían pedir una audiencia.

Su trabajador del caso le dejará saber la cantidad de sus Beneficios del Programa Work First