

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD
Division des services sociaux

CONSÉQUENCE DU CHANGEMENT

Date : _____

Comté : _____

N° de dossier FNS : _____

Date à laquelle le rapport du bénéficiaire a été
reçu (le cas échéant) : _____

Nous vous écrivons pour vous informer des conséquences de votre récente déclaration de changement de situation sur vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition. Nous vous envoyons également ceci au cas où un changement se produirait, concernant votre Aide aux familles en recherche d'emploi (Work First Family Assistance), ce qui entraînerait une modification de vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition.

- Votre allocation de services d'alimentation et de nutrition a été modifiée de _____ à _____, en vigueur le _____
- Étant donné que nous n'avons pas pu modifier vos dossiers à temps pour vous faire bénéficier de l'augmentation de votre allocation au mois de _____, vous recevrez une allocation supplémentaire de _____
- Il n'y a pas eu de modification de votre allocation des Services d'alimentation et de nutrition.

Remarques :

Les règlements d'État qui justifient ce changement se trouvent dans le ou les paragraphes _____ du manuel d'attestation des Services d'alimentation et de nutrition ou dans _____

Vous pouvez obtenir une audition équitable de votre dossier si vous n'êtes pas satisfait(e) de notre décision. Vous pouvez obtenir une audition équitable en informant de votre demande votre bureau local des Services d'alimentation et de nutrition ou le Département des services sociaux du comté, en personne, par téléphone, ou par écrit. L'audition peut être demandée par un membre de votre ménage ou par votre représentant. Vous pouvez être représenté(e) lors d'une audition par un représentant personnel, y compris un avocat que vous paierez vous-même. Un conseil juridique gratuit peut être fourni. Contactez votre bureau des services légaux le plus proche.

Il vous reste 90 jours à compter de la date de cette lettre, c'est-à-dire, jusqu'au _____ pour demander une audition. Si vous ne demandez pas une audition à cette date, vous ne pourrez pas en obtenir.

Vous pouvez continuer à recevoir les Services d'alimentation et de nutrition à votre taux courant si vous demandez une audition avant le _____

Cordialement,

Signature de l'agent de traitement des dossiers

Numéro de téléphone