

노스캐롤라이나 주 보건후생부
사회복지과

변경의 영향

날짜: _____
카운티: _____
FNS 케이스 번호 _____
수령인의 보고 접수일 _____
(해당하는 경우): _____

귀하의 상황 변화에 대한 최근의 보고서가 식품 및 영양 서비스 수당에 미치는 영향에 대해 알려드리고자 합니다. 또한, 귀하의 식품 및 영양 서비스 수당에 변경을 야기할 귀하의 근로 우선 가정 지원 수당에 대한 변동이 있었는지 여부를 확인하기 위해 본 서신을 발송합니다.

- 귀하의 식품 및 영양 서비스 수당이 _____에서 _____로 _____ 일부로 변경됩니다.
- 현재 귀하의 기록을 제 시간에 변경하여 _____ 월에 귀하의 추가된 수당을 반영하여 지급할 수 없었기 때문에 _____의 추가 수당이 지급될 것입니다.
- 귀하의 식품 및 영양 서비스 수당에 변동이 없습니다.

비고:

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

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

심리 신청 기간은 본 서신일로부터 90 일이 되는 _____ 일까지입니다. 이 날짜까지 심리를 요청하지 않으면, 심리를 받을 수 없습니다.

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

감사합니다.

담당자 서명

전화번호