

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

División de Servicios Sociales

EFEECTO DEL CAMBIO

Fecha _____
Condado _____
Número de Caso de FNS _____
Fecha en que se recibió el reporte del
(cuando es aplicable) _____

Le estamos escribiendo para informarle el efecto que tuvo el reciente cambio (informado por usted) en sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. También enviamos esta carta cuando hay cambios en sus beneficios del programa Work First (Trabajar Primero) que pueden causar cambios en sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

____ Sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición cambiaron desde _____ a _____ comenzando en _____.

____ Debido a que no pudimos cambiar a tiempo su récord para darle el aumento en estampillas para alimento correspondiente al mes de _____, usted recibirá una cantidad extra de _____.

____ No ha habido cambio en la cantidad asignada de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Observaciones:

La reglamentación estatal que sostiene este cambio se encuentra en el párrafo _____ del Manual de Certificación de Servicios de Alimentos y Nutrición o en _____.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene derecho a una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia en la oficina local del Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición o en el Departamento de Servicios Sociales del condado. Puede hacer la solicitud en persona, por teléfono o por escrito. Dicha solicitud puede ser hecha por un miembro de su grupo familiar o por una persona que lo represente a usted.

Usted puede ser representado en la audiencia por un representante personal o un abogado pagado por usted. Para saber si puede obtener servicios legales gratuitos, favor de comunicarse con la Oficina de Servicios Legales más cercana a usted.

Usted tiene 90 días a partir de la fecha de esta carta, o sea, hasta _____ para solicitar una audiencia. Si usted no solicita la audiencia para esta fecha, perderá el derecho a la misma.

Usted podrá continuar recibiendo sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición en la cantidad actual si solicita una audiencia a más tardar en _____.

Atentamente,

Firma del Trabajador del Caso

Teléfono