

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
RENUNCIA A LA AUDIENCIA DE DESCALIFICACIÓN

AGENCIA LOCAL: _____

FECHA: _____

CASO N°: _____

SERVICIOS DE ALIMENTO Y NUTRICIÓN: _____

PROGRAMA WORK FIRST: _____
(marque los programas que correspondan)

Nombre:

Dirección:

Se le ha comunicado nuestra intención de que se haga una audiencia para decidir si cometió una infracción intencional del programa. Si no desea que se haga la audiencia, debe firmar la parte de abajo de este formulario y enviárnoslo a más tardar el _____. Si usted no es el jefe de grupo familiar, el jefe del grupo familiar también debe firmar esta renuncia.

No es necesario que usted firme esta renuncia. Sin embargo, si firma, el formulario firmado o sus declaraciones verbales se pueden utilizar contra usted en un tribunal. También quedará descalificado del programa durante _____ y una reducción de beneficios tomara lugar durante el periodo de descalificación. Esta descalificación comenzará el primer mes después de la fecha en que el grupo familiar recibió el aviso de descalificación. Todo miembro adulto del grupo familiar que siga siendo elegible después de que usted quede descalificado también será responsable de pagar la cantidad que usted debe. Si tiene preguntas, puede comunicarse con esta oficina llamando al _____.

Marque la declaración que acepta y firme abajo.

_____ Admito los hechos como se han presentado. Entiendo que quedaré descalificado si firmo esta renuncia.

Firma

Fecha

Firma del jefe del grupo familiar (si es diferente)

Fecha

_____ No admito que los hechos que se han presentado sean correctos. Sin embargo, he decidido firmar esta renuncia y entiendo que quedaré descalificado.

Firma

Fecha

Firma del jefe del grupo familiar (si es diferente)

Fecha

Firma del representante del condado

Fecha