

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولاينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية

إقرار خطي مشفوع بالقسم للاستبدال

المقاطعة: _____

رقم الحالة في برنامج خدمات الطعام والتغذية: _____

تاريخ التقرير: _____

شهر/عام الإصدار: _____

الاسم: _____

العنوان: _____

سبب التقرير وإجراء الاستبدال:

أقر بموجبه وبمقتضى عقوبة الحنث باليمين و/أو الاحتيال أن الطعام الذي اشتريته بموجب الإعانات التي حصلت عليها من برنامج خدمات الطعام والتغذية تم تدميره في حادث عانت منه الأسرة. تبلغ قيمة الطعام الذي اشتريته بموجب الإعانات التي حصلت عليها من برنامج خدمات الطعام والتغذية والذي فقد في الحادث دولار أمريكي. أدرك أن الحد الأقصى للاستبدال لا يمكن أن يتجاوز قيمة إعانة وحدة برنامج خدمات الطعام والتغذية لشهر واحد.

أقر بمقتضى عقوبة الحنث باليمين و/أو الاحتيال أن إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية تم سرقتها تحت الإكراه بالتهديد. وقد أبلغت عن الحادث إلى وكالة إنفاذ القانون المناسبة وقد تم فتح محضر شرطة.

يجب توقيع هذا الإقرار الخطي المشفوع بالقسم وإعادته إلى مكتب برنامج خدمات الطعام والتغذية خلال عشرة أيام من تاريخ التقرير المبين أعلاه، وإلا فلن يتم استبدال إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية الخاصة بك.

أدرك أنه إذا تمت إدانتني بانتهاك متعمد للبرنامج عن طريق تقديم معلومات زائفة عن عمد، فسوف أخضع لما يلي:

← لن أحصل على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية لمدة 12 شهرًا في أول مرة تتم إدانتني بها.

← لن أحصل على خدمات الطعام والتغذية لمدة 24 شهرًا في ثاني مرة تتم إدانتني بها، و

← لن أحصل على خدمات الطعام والتغذية طوال حياتي في ثالث مرة.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الشاهد (إذا كان التوقيع بواسطة "x" أو أي علامة أخرى): _____

للاستخدام في المكتب فقط

تاريخ اعتماد الاستبدال: _____ قيمة الاستبدال: \$ _____

توقيع الموظف: _____ رقم الموظف: _____