

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE

Sozialamt

VORANKÜNDIGUNG ÜBER DISQUALIFIKATIONSANHÖRUNG

VERWALTUNGSBEZIRK: _____

DATUM: _____

FALLNUMMER: _____

LEBENSMITTELEISTUNGEN: _____

WORK FIRST: _____

(zutreffende Programme markieren)

Name:

Adresse:

Wir haben Grund zur Annahme, dass Sie möglicherweise einen vorsätzlichen Programmverstoß begangen haben, weil

Zur Untersuchung der Tatsachen Ihres Falls wird EINE ANHÖRUNG stattfinden. Die Anhörungen findet statt:

ZEIT: _____

DATUM: _____

ORT: _____

Wenn bei der Anhörung festgestellt wird, dass Sie einen vorsätzlichen Programmverstoß begangen haben, erhalten Sie für folgenden Zeitraum kein/e

LEBENSMITTELEISTUNGEN

_____ 12 Monate, weil es Ihr erster Verstoß ist
_____ 24 Monate, weil es Ihr zweiter Verstoß ist
_____ Permanent, weil es Ihr dritter Verstoß ist
_____ 10 Jahre für die falsche Angabe von Identität oder Wohnort
um mehrere Leistungen in mehr als 1 Verwaltungsbezirk
oder Bundesstaat zu erhalten

WORK FIRST

_____ 12 Monate, weil es Ihr erster Verstoß ist
_____ 24 Monate, weil es Ihr zweiter Verstoß ist
_____ Permanent, weil es Ihr dritter Verstoß ist
_____ 10 Jahre für die falsche Angabe von
Identität oder Wohnort um mehrere Leistungen in
mehr als 1 Verwaltungsbezirk oder Bundesstaat
zu erhalten

Daher ist es wichtig, dass Sie zu der Anhörung erscheinen. Wenn Sie nicht erscheinen, wird eine Entscheidung auf Grundlage der von der Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks vorgelegten Informationen getroffen. Bitte rufen Sie die Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks an, wenn Sie aus gutem Grund nicht zur Anhörung erscheinen können und wir werden versuchen, das Datum, die Zeit oder den Ort der Anhörung zu ändern.

Wenn Sie keine Anhörung wünschen, können Sie einen Verzicht auf Ihr Recht auf eine Anhörung unterzeichnen. Wenn Sie den Verzicht unterzeichnen, müssen Sie dennoch den Betrag der Leistungen, auf deren Erhalt Ihr Haushalt keinen Anspruch hatte, zurückzahlen.

Sie werden außerdem für einen Zeitraum von _____ Monaten vom Erhalt von _____ Lebensmittelleistungen disqualifiziert.

Sie werden außerdem für einen Zeitraum von _____ Monaten vom Programm _____ Work First disqualifiziert.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie bitte die Behörde für Soziales und Familie des Verwaltungsbezirks unter _____ an. Die für diese Region zuständige Stelle für Prozesskostenhilfe kann Ihnen kostenlose Rechtsberatung anbieten. Die Nummer lautet.

Unterschrift des Vertreters des Verwaltungsbezirks

SIE HABEN DAS RECHT:

1. Die Beweismaterialien, die bei der Anhörung zum Einsatz kommen, sowohl vor als auch während der Anhörung einzusehen. Bitte rufen Sie die Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks an, wenn Sie vor der Anhörung die Beweismaterialien einsehen möchten.
2. Ihren eigenen Fall zu präsentieren oder ihn von jemand anderem präsentieren zu lassen, zum Beispiel von einem Freund, einem Verwandten oder einem Gemeindearbeiter.
3. Ihren eigenen Zeugen mitzubringen.
4. Ihren Fall frei vorzutragen.
5. Aussagen oder Beweismaterialien gegen Sie zu hinterfragen.
6. Beweismaterialien, die Sie haben und die Ihren Fall unterstützen könnten, mitzubringen.
7. Einen Verzicht zu unterzeichnen, dass Sie keine Anhörung wünschen und
8. Eine Kopie der Anhörungsverfahren zu erhalten.