

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولاينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية
إخطار بقرار جلسة استماع عدم الأهلية في الولاية

المقاطعة: _____
التاريخ: _____
رقم الحالة: _____
برنامج خدمات الطعام والتغذية: _____
برنامج "العمل أولاً": _____
(ضع علامة على البرامج المناسبة)
الاسم: _____
العنوان: _____

تقرر أنك مذنباً بالانتهاك المتعمد للبرنامج في جلسة الاستماع التي عقدت في تاريخ _____. إذا لم تحضر جلسة الاستماع هذه، يجب عليك تقديم سبب وجيه للتخلف عن الحضور خلال 10 أيام. إذا لم ترضى بهذا القرار، يمكنك استئناف هذا القرار في المحاكم. انظر المربع أدناه لترى ما إذا كان يمكن أن تحصل ببقية أسرتك على خدمات الطعام والتغذية بالرغم من عدم أهليتك.

إذا لم ترضى بالقرار ولم ترغب في استئناف هذا القرار في المحاكم، فلن تستلم _____ معونة برنامج "العمل أولاً" لأشهر من _____ إلى _____، و/أو _____ خدمات الطعام والتغذية لأشهر من _____ إلى _____.

لا يؤدي قرار جلسة الاستماع هذه إلى منع الولاية أو الحكومة الاتحادية من مقاضاتك بسبب الاحتيال في أحد المحاكم أو من مطالبتك بسداد قيمة أي إعانات إضافية لم تكن أسرتك مؤهلة لاستلامها.

إذا ساورتك أي أسئلة، يرجى الاتصال بقسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي على _____ . تتوفر استشارة قانونية مجانية في مكتب الخدمات القانونية الذي يخدم هذه المنطقة.

توقيع ممثل الولاية

إخطار لبقية أفراد الأسرة
(قم باستيفائه لبرنامج خدمات الطعام والتغذية فقط)

لقد راجعنا حالتك لرؤية ما إذا كان يمكنك الحصول على خدمات الطعام والتغذية بالرغم من _____ عدم السماح بالمشاركة. يرد فيما يلي القرار الذي اتخذناه.

سوف تستلم _____ في برنامج خدمات الطعام والتغذية أثناء _____.

سوف تستلم _____ في برنامج خدمات الطعام والتغذية أثناء _____.
بعد ذلك، سوف يتوجب عليك السداد لأن فترة اعتمادك سوف تنتهي.

بالرغم من انتهاء فترة اعتمادك، قد تكون مؤهلاً. لترى ما إذا كنت مؤهلاً، يرجى الاتصال بمكتب خدمات الطعام والتغذية أو الكتابة إليه أو زيارته لتطلب تقديم طلب.

لم تعد مؤهلاً لخدمات الطعام والتغذية بعد الآن.

إذا لم ترضى بهذا القرار، يحق لك طلب عقد جلسة استماع. سوف يوقع الموظف المسؤول عن حالتك للحفاظ على الدخول بإخطارك بشأن قيمة دفعاتك من برنامج "العمل أولاً".

DSS-8557 (نسخة مُنقحة 09/09)
الخدمات الاقتصادية والأسرية