

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD
Division des services sociaux
ACTION PRISE FAISANT SUITE À UNE AUDITION CONCERNANT UNE EXCLUSION ADMINISTRATIVE

COMTÉ : _____
DATE : _____
N° DE DOSSIER : _____
SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION : _____
WORK FIRST : _____
(cochez les programmes appropriés)

Nom : _____
Adresse : _____

L'audition qui a eu lieu le _____ a conclu que vous avez commis une violation intentionnelle du programme. Si vous n'étiez pas présent(e) à cette audition, il vous reste 10 jours pour fournir une raison suffisante de votre absence.

Vous avez le choix entre deux solutions :

1. Si vous êtes satisfait(e) de la décision et que vous ne voulez pas de nouvelle audition, vous ne recevrez pas _____ Work First de _____ à _____, et/ou _____ Les services d'alimentation et de nutrition de _____ à _____.
2. Si vous n'êtes pas satisfait(e) de la décision, vous pouvez demander une nouvelle audition à un niveau supérieur, en appelant le Département des services sociaux du comté ou en apposant votre signature et votre nom en dessous et en renvoyant ce formulaire au Département des services sociaux de votre comté. Si vous demandez une nouvelle audition dans les 15 jours civils après avoir reçu cette notification, vous continuerez à recevoir _____ les Services d'alimentation et de nutrition et/ou _____ Work First jusqu'à la nouvelle audition si vous êtes éligible. (Assurez-vous d'inclure les weekends et les vacances lorsque vous comptez les 15 jours.)

_____ Oui, je souhaite une nouvelle audition.

(Apposez votre signature et votre nom ici)

Si vous avez des questions, veuillez appeler le Département des services sociaux du comté au _____

Signature du représentant du comté

NOTIFICATION AUX AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE
(Complétez pour les Services d'alimentation et de nutrition seulement)

Nous avons examiné votre dossier afin de savoir si vous pouvez obtenir des Services d'alimentation et de nutrition tandis que _____ n'est pas autorisé(e) à participer. Voici ce que nous avons conclu :

_____ Vous recevrez _____ de Services d'alimentation et de nutrition pendant les mois de _____

_____ Bien que votre période d'attestation soit terminée, il se peut que vous soyez éligible. Pour savoir si vous êtes éligible, veuillez appeler, écrire ou vous rendre au bureau des Services d'alimentation et de nutrition de votre comté et demander de déposer une demande.

_____ Vous n'êtes plus éligible.

Si vous n'êtes pas satisfait(e) de cette décision, vous pouvez demander une audition.

Votre agent de traitement des dossiers vous enverra une notification en ce qui concerne le montant de votre paiement Work First.