

자격상실 통지서

카운티: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

근로 우선 케이스 번호: \_\_\_\_\_

식품 및 영양 서비스 케이스 번호: \_\_\_\_\_

(해당 프로그램에 체크 표시하십시오)

귀하는 법원에 의해 고의적으로 프로그램을 위반한 것으로 유죄 사실이 인정되었습니다. 체크된 부분이 귀하에게 적용되는 사항입니다.

\_\_\_\_\_귀하는 \_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_까지 식품 및 영양 서비스를 받지 못하게 됩니다.

\_\_\_\_\_귀하는 \_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_까지 근로 우선 혜택을 받지 못하게 됩니다.

잔여 가족 구성원에 대한 통지  
식품 및 영양 서비스에만 해당

당 기관은 위에 명시된 사람이 자격이 없는 동안 귀하가 식품 및 영양 서비스를 받을 수 있는지에 대해 귀하의 케이스를 검토했습니다. 결과는 다음과 같습니다.

\_\_\_\_\_귀하는 매달 \$ \_\_\_\_\_의 금액을 \_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_까지 받을 것입니다. 그 이후에는 귀하의 인증 기간이 만료되기 때문에 식품 및 영양 서비스를 다시 신청해야 혜택을 받을 수 있습니다.

\_\_\_\_\_귀하의 인증 기간이 만료되었습니다. 언제든지 다시 신청할 수 있습니다.

\_\_\_\_\_귀하는 더 이상 식품 및 영양 서비스에 대한 수급 자격이 없습니다.

본 정보와 관련된 질문이 있는 경우, 알려주십시오.

감사합니다.

\_\_\_\_\_카운티 담당자