

NORTH CAROLINA MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE DIENSTE
Sozialamt

AUSWIRKUNG VON MASSENÄNDERUNG AUF IHRE LEBENSMITTELEISTUNGEN

DATUM: _____

VERWALTUNGSBEZIRK: _____

LEBENSMITTELEISTUNGEN FALLNUMMER: _____

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über die Auswirkung, die eine Massenänderung in _____
_____ auf Ihre Lebensmittelleistungen hatte informieren.

- Ihre Zuteilung von Lebensmittelleistungen wurde ab _____
von _____ auf _____ geändert.
- Ihre Lebensmittelleistungen werden am _____ eingestellt.

Anmerkungen: _____

Die bundesstaatlichen Vorschriften, denen diese Änderung zugrunde liegt, finden sich in Abschnitt 635 des Zertifizierungshandbuchs für Lebensmittelleistungen.

Wenn Sie mit dieser Entscheidung nicht einverstanden sind, haben Sie ein Recht auf eine faire Anhörung für Ihren Lebensmittelleistungsfall. Sie können bei Ihrer lokalen Stelle für Lebensmittelleistungen oder bei der Behörde für Soziales und Familie Ihres Verwaltungsbezirks persönlich, telefonisch oder schriftlich eine faire Anhörung beantragen. Die Anhörung kann von einem beliebigen Mitglied Ihres Haushalts oder von Ihrem Vertreter beantragt werden. Sie können bei der Anhörung von einem persönlichen Vertreter vertreten werden, zum Beispiel von einem auf Ihre eigenen Kosten beauftragten Anwalt. Möglicherweise steht kostenloser Rechtsbeistand zur Verfügung. Kontaktieren Sie Ihre lokale Stelle für Rechtsbeistand.

Wenn Sie Fragen zu dieser Änderung haben, kontaktieren Sie bitte Ihren Sachbearbeiter für Lebensmittelleistungen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des
Sachbearbeiters

Telefonnummer