

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولاينا الشمالية

قسم الخدمات الاجتماعية

إخطار السداد اللاحق لجلسة الاستماع

المقاطعة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

رقم حالة برنامج خدمات الطعام والتغذية: \_\_\_\_\_

رقم الإحالة: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

، تحية طيبة وبعد، \_\_\_\_\_ :

تم إجراء جلسة الاستماع في \_\_\_\_\_ وتقرر أنك تلقت مبلغ دولار أمريكي زائداً عن \_\_\_\_\_ المبلغ الذي كنت مؤهلاً للحصول عليه خلال شهر (أشهر) \_\_\_\_\_ نتيجة \_\_\_\_\_ . ولذلك، يجب عليك أنت وأسرته رد قيمة الإعانة الزائدة من برنامج خدمات الطعام والتغذية التي حصلت عليها.

إذا كنت تحصل حالياً على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية، فسوف يتم خصم 10% كل شهر من مبلغ الإعانة المستحق، أو 10 دولارات أمريكية أيهما أكبر، في حالة دعوى الخطأ الإداري أو خطأ الأسرة الناشئ عن إهمال، أو خصم 20% من المبلغ المستحق، أو 20 دولاراً أمريكياً أيهما أكبر في حالة انتهاك البرنامج المتعمد حتى يتم دفع مبلغ الدعوى بالكامل.

إذا لم تكن تحصل حالياً على إعانة برنامج خدمات الطعام والتغذية، ولم تُجرِ ترتيبات سداد سابقاً، يجب عليك اختيار طريقة السداد عن طريق وضع علامة على المربع المناسب أدناه. ويجب عليك بعد ذلك توقيع هذا النموذج وإعادته إلى المكتب المحلي في غضون 10 أيام.

**يُستحق دفع أول دفعة بعد 10 أيام عمل من تاريخ هذا الإخطار.**

\_\_\_\_\_ أوافق على سداد المبلغ بالكامل في شكل دفعة نقدية جملة.

\_\_\_\_\_ أوافق على أداء مدفوعات نقدية شهرية بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار أمريكي كل شهر حتى يتم سداد مبلغ الدعوى بالكامل.

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

إذا ساورتك أي أسئلة، يُرجى الاتصال مع \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_

نيابة عن مقاطعة \_\_\_\_\_ ، أوافق على اتفاق السداد هذا. \_\_\_\_\_  
ممثل المقاطعة

DSS-8658 (09/09)  
الخدمات الاقتصادية والأسرية