

CAROLINE DU NORD
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Division des services sociaux
NOTIFICATION D'ACTION DÉFAVORABLE

Date _____

Numéro du dossier _____

Nom _____

Adresse _____

Chère/cher _____

Nous avons découvert que votre ménage n'a plus le droit aux Services d'alimentation et de nutrition que vous recevez en ce moment. Vos prestations vont :

être interrompues le _____

être réduites à _____ par mois le _____

Ce changement intervient parce que _____

Les règlements d'État qui justifient ce changement se trouvent dans le ou les paragraphes _____ du manuel d'attestation des Services d'alimentation et de nutrition ou dans _____

Si vous voulez une audition équitable, remplissez ce formulaire, détachez-le et envoyez-le à :

Nom de la personne qui demande une audition _____

Numéro de téléphone auquel on peut vous joindre _____

Utilisez cet espace pour nous dire pourquoi vous voulez une audition équitable

Je souhaite continuer de recevoir le montant des Services d'alimentation et de nutrition que je reçois en ce moment, jusqu'à l'audition.

Vous pouvez obtenir une audition équitable de votre dossier si vous n'êtes pas satisfait(e) de notre décision. Vous pouvez obtenir une audition équitable en informant votre bureau local des Services d'alimentation et de nutrition ou le Département des services sociaux du comté que vous souhaitez une audition. Vous pouvez les contacter soit en personne, soit par téléphone, soit par écrit. L'audition peut être demandée par un membre de votre ménage ou par votre représentant. Vous pouvez être représenté(e) lors d'une audition par un représentant personnel, y compris un avocat que vous contactez vous-même. Un conseil juridique gratuit peut être fourni. Contactez votre bureau des services légaux le plus proche.

Vous pouvez continuer à recevoir les Services d'alimentation et de nutrition à votre taux courant si vous demandez une audition avant le _____

Vous pouvez alors recevoir les Services d'alimentation et de nutrition jusqu'à la décision de votre audition ou jusqu'à ce que la période de votre éligibilité prenne fin ; nous choisirons la solution qui se présentera en premier. Cependant si l'audition conclut que notre décision était correcte,

votre ménage nous devra la valeur des Services d'alimentation et de nutrition que vous avez reçue ou

l'exclusion sera imposée suivant la décision de l'audition

Vous pouvez encore demander une audition après cette date mais vous ne recevrez pas les Services d'alimentation et de nutrition à votre taux courant.

Il vous reste 90 jours à compter de la date de cette lettre, c'est-à-dire, jusqu'à _____ pour demander une audition. Si vous ne demandez pas une audition à cette date, vous ne pourrez pas en obtenir.

Pour demander une audition, appelez le bureau des Services d'alimentation et de nutrition au : _____ ou remplissez et renvoyez le formulaire ci-dessous.

Si vous souhaitez discuter de notre décision ou poser des questions pour savoir comment se déroule une audition équitable, appelez le bureau des Services d'alimentation et de nutrition.

Cordialement,

Agent de traitement des dossiers

Adresse de la personne qui demande une audition

Votre signature

Date du jour

Réservé à l'usage du bureau

Numéro de dossier _____

Agent de traitement des dossiers _____

Date d'envoi de la notification _____

Date à laquelle la demande a été reçue. _____