

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
DECISION DE AUDIENCIA: AVISO DE DESCALIFICACION ESTATAL

Condado: _____
Fecha: _____
Caso No.: _____
Servicios de Alimentos y Nutrición: _____
Work First (Trabajar Primero): _____
(Marque el programa afectado)

Nombre: _____
Dirección: _____

Se le ha encontrado CULPABLE de una Violación Intencional al Programa en la audiencia que tuvo lugar el _____. Si no esta de acuerdo con esta decisión puede apelarla ante la corte. Vea abajo para saber si el resto de su grupo familiar puede obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras usted es inelegible.

Regulación Federal: _____ Usted, intencionalmente hizo declaraciones falsas, engañosas o incorrectas, para esconder u ocultar algunos hechos
_____ Usted, ha cometido intencionalmente un hecho que constituye una violación al Acta de Estampillas de Comida, con el propósito de presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar con tarjetas autorizadas

Estatuto Estatal: _____ 108A-53-Representación Fraudulenta
_____ 108A-53.1-Posesión o uso ilegal de Beneficios Electrónicos de Alimentos y Nutrición

Si está de acuerdo con esta decisión y no desea apelarla en corte, no recibirá
_____ Beneficios de Work First por los meses de _____ hasta _____, y/o
_____ Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por los meses de _____ hasta _____.

Esta decisión no impide que el gobierno estatal o federal le persiga en corte por fraude y pedirle que reembolse los beneficios que recibió su grupo familiar sin tener derecho a ellos.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios Sociales de su Condado al _____. Ayuda legal gratuita puede estar disponible en la Oficina de Servicios Legales llamando al 1-866-219-5262.

Firma del Representante de Servicios Sociales/Representante de la Agencia Local _____

AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
(Complete solamente para los Servicios de Alimentos y Nutrición)

Hemos revisado su caso par a ver si pueden recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras que _____ no puede participar en el programa.

- Ud. O Uds. recibirán _____ en Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición durante _____.
- Ud. O Uds. recibirán _____ en Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición durante _____. Después tendrán que volver a solicitar ya que el periodo de certificación terminará para esta fecha.
- Aunque su periodo de certificación ha terminado, pudiera ser elegible. Llame, escriba o visite su Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición para pedir una nueva solicitud.
- Ud. O Uds. No son elegibles para Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si no está de acuerdo con esta decisión, podrían pedir una audiencia. Su trabajador del caso le dejará saber la cantidad de sus Beneficios del Programa Work First