

AVISO DE DESCALIFICACION

CONDADO: _____

FECHA: _____

NUMERO DE CASO WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO): _____

NUMERO DE CASO DE SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION: _____

(Marque el programa afectado)

Se le ha encontrado culpable de una VIOLACION INTENCIONAL AL PROGRAMA por parte de la corte. La sección marcada se aplica a usted.

_____ **No recibirá Servicios de Alimentos y Nutricios de** _____ **hasta** _____

_____ **No recibirá Work First de** _____ **hasta** _____

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

**AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
COMPLETE UNICAMENTE PARA LOS SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION**

Hemos revisado su caso para ver si puede recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras que la persona arriba mencionada no es elegible.

_____ **Usted recibirá \$** _____ **cada mes desde** _____
a _____. **Después tendrá que solicitar nuevamente ya que su periodo de certificación habrá terminado.**

_____ **Su periodo de certificación ha terminado. Puede volver a solicitar.**

_____ **Usted no es elegible para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición.**

SI TIENE PREGUNTAS, DEJEMELO SABER.

Atentamente,

Representante del Condado