

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في كارولينا الشمالية
قسم الخدمات الاجتماعية
إخطار بالموعد
إخطار بانتهاء الصلاحية

الاسم: _____
العنوان: _____
عزيري: _____
التاريخ: _____
رقم الحالة في المقاطعة: _____

إننا نرسل هذا الخطاب لإبلاغك بأن أسرتك لن تحصل على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية بعد _____ ما لم يكمل أحد أفراد أسرتك نموذج إعادة اعتماد (ويتم إجراء مقابلة معه مرة أخرى).

- اتصل للمقابلة التي سوف يتم إجراؤها معك في/ بين _____ بتاريخ _____
رقم الهاتف الذي يجب الاتصال به للمقابلة هو _____.
- لقد حددنا المقابلة عبر الهاتف من أجل _____ في _____ سوف نتصل بك.
- يُرجى الحضور إلى مكتب خدمات الطعام والتغذية في/ بين _____ بتاريخ _____ لمقابلتك.
- أخرى _____

يُرجى تقديم إثبات على سريان أي مما يلي:

الأجور، والمكاسب القيمة المضافة	الكشوف البنكية	الضمان الاجتماعي، دخل الضمان التكميلي، دخل الإيجار/ دفعة المنزل
كافة الأموال الأخرى التي تتلقاها رسوم الرعاية النهارية المدفوعة أخرى _____	الضرائب العقارية/ التأمين نفقة الطفل المدفوعة/ المستلمة	

يجب تقديم إعادة الاعتماد من قبل _____ ويجب إجراء مقابلة معك لمواصلة الحصول على إعانات برنامج خدمات الطعام والتغذية. إذا استلمنا نموذج إعادة الاعتماد الخاص بك بعد ذلك التاريخ، فقد تتأخر إعاناتك. إذا كان عمرك، أو صحتك، أو ساعات العمل أو أسباب أخرى تجعل من المستحيل لك أن تحضر المقابلة، وتعدر عليك أن تجد شخصاً ما يحضر نيابة عنك، فاتصل بنا على رقم _____ وسوف نُعد الترتيبات الخاصة بمقابلتك.

إذا لم تستطع أن تُرسل بالبريد نموذج إعادة الاعتماد، يُمكن لشخص آخر القيام بذلك نيابة عنك.

- من المهم اتباع الخطوات في عملية إعادة الاعتماد لكي توصل أسرتك الحصول على الإعانات دون انقطاع.
 - إذا لم تحضر موعدك، تُعد مسؤولاً عن الاتصال بالموظف المعني بك لتحديد موعد آخر.
 - قد يتسبب العجز عن الالتزام بكافة المتطلبات في تأخر إعاناتك.
 - إذا انتظرت حتى الشهر التالي لكي تحصل على إعادة الاعتماد، فسوف يتم تحصيل إعاناتك. (سوف تحصل على مبلغ يقل عن إعانات شهر كامل)
 - يجب عليك تقديم كافة المعلومات الضرورية أو طلب المساعدة من الموظف المعني بك إذا لم تستطع الحصول على كل ما هو ضروري.
- في وقت مقابلتك، سوف تُمنح لك فترة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثبات. عندما تُكمل عملية الإثبات، سوف تتلقى إخطاراً منفصلاً يشرح إعانات برنامج الطعام و التغذية الخاصة بك وحقك في طلب جلسة استماع. إذا لم توافق على القرار الصادر بشأن حالتك، فاتبع التعليمات في إخطار طلب جلسة استماع.

الموظف: _____ رقم هاتف الموظف _____

"بما يتفق مع القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية (USDA) ووزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو المنشأ الوطني، أو النوع أو العجز. بموجب قانون طوابع الطعام وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر التمييز أيضاً على أساس الدين أو المعتقدات السياسية.

لتقديم شكوى تمييز، اتصل بوزارة الزراعة الأمريكية أو الصحة والخدمات الإنسانية. أرسل خطاباً إلى وزارة الزراعة الأمريكية، المدير، مكتب الحقوق المدنية، 1400 طريق انديبندينس، جنوب غرب واشنطن العاصمة 20250-9410 أو اتصل على رقم (800) 3272-795 (صوتياً) أو (202) 6382-720 (للطباعات عن بعد). أرسل خطاباً إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مدير مكتب الحقوق المدنية، غرفة إف-200، 506 طريق انديبندينس، جنوب غرب واشنطن العاصمة 20201، أو اتصل برقم (202) 619-0403 (صوتي) أو (202) 619-3257 (مخصص للطباعات عن بعد). تعد وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ووزارة الزراعة الأمريكية صاحبة عمل ومورد يقدم فرصاً متكافئة".