

**NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Division of Social Services**

**CAMBIOS EN SUS BENEFICIOS DE COMIDA Y NUTRICION**

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

Esta carta es para notificarle que un cambio en \_\_\_\_\_ ha afectado sus Beneficios de Comida y Nutrición.

- La cantidad de sus Beneficios de Comida y Nutrición ha cambiado de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ comenzando en \_\_\_\_\_.
- Sus Beneficios de Comida y Nutrición terminarán en \_\_\_\_\_.

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Las regulaciones Estatales para este cambio se encuentran en la Sección 635 del Manual de Certificación del *Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición*.

Usted tiene derecho a una *Audiencia Justa* es caso de que no esté de acuerdo con esta decisión. Puede solicitar una *Audiencia Justa* en persona, por teléfono o por escrito en su Departamento local de Servicios Sociales. La *Audiencia* puede ser solicitada por algún miembro de su familia o por algún representante. Usted puede ser representado en la Audiencia por alguna persona que usted designe, incluso un abogado pagado por usted. También puede obtener consejo legal gratis en su oficina local de Servicios Legales.

Si tiene preguntas a cerca de este cambio, póngase en contacto con su trabajador del *Programa de Comida y Servicios de Nutrición*.

Sinceramente,

Firma: Trabajador del Caso

Teléfono