

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CAROLINE DU NORD**  
Division des services sociaux  
**RENONCIATION À L'AUDITION CONCERNANT UNE EXCLUSION**

COMTÉ : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_  
N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_  
SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION : \_\_\_\_\_  
WORK FIRST : \_\_\_\_\_  
(cochez les programmes appropriés)

Nom :  
Adresse :

Vous avez reçu une notification concernant notre intention de programmer une audition pour décider si vous avez commis une violation intentionnelle du programme. Si vous ne souhaitez pas obtenir une audition, vous devez signer au bas de ce formulaire et nous le retourner avant le \_\_\_\_\_. Si vous n'êtes pas le responsable de votre ménage, la personne qui est le responsable du ménage doit également signer cette renonciation.

Vous n'êtes pas obligé(e) de signer cette renonciation. Cependant, si vous signez, le formulaire signé ou les déclarations verbales peuvent être utilisées contre vous devant une cour de justice. Vous perdrez également votre droit à participer au programme pendant \_\_\_\_\_. Cette exclusion commencera le premier mois suivant la date à laquelle le ménage a reçu la notification de l'exclusion. Tous les membres adultes du ménage, qui restent éligibles après votre exclusion seront également tenus responsables du remboursement du montant que vous devez. Si vous avez des questions, vous pouvez appeler ce bureau au \_\_\_\_\_.

**Veillez vérifier la déclaration selon laquelle vous acceptez et signez ci-dessous.**

\_\_\_\_\_ Je reconnais les faits ainsi présentés. Je comprends qu'une pénalité pour exclusion sera appliquée si je signe cette renonciation.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable du ménage (si différent)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_ Je ne reconnais pas les faits ainsi présentés, comme corrects. Cependant, j'ai choisi de signer cette renonciation et je reconnais qu'une pénalité pour exclusion en résultera.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable du ménage (si différent)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant du comté

\_\_\_\_\_  
Date