DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
AVISO DE MEDIDA ADVERSA

Fecha: _____ Nº del caso_____

Nombre

Dirección

Estimado(a)_____

Hemos determinado que su grupo familiar ya no cumple los requisitos para los Servicios de Alimentos y Nutrición que ha estado recibiendo. Sus beneficios:

☐ Terminarán el _____

☐ Se reducirán a _____ por mes en _____

_____

Este cambio se ha hecho porque

_____

_____

_____

_____

Los reglamentos del estado en que se basa este cambio se encuentran en los párrafos_____ del Manual de Certificación de Servicios de Alimentos y Nutrición, o en

_____

Si desea una audiencia justa, llene este formulario, sepárelo de la hoja y envíelo a:

_____
Nombre de la persona que solicita la audiencia

Usted tiene derecho a una audiencia justa de su caso si no está de acuerdo con esta decisión. Puede obtener una audiencia justa avisándole a la oficina local de Servicios de Alimentos y Nutrición o al Departamento de Servicios Sociales del condado local que usted desea una audiencia justa. Puede comunicarse con ellos en persona, por teléfono o por escrito. Cualquier miembro de su grupo familiar o su representante puede solicitar la audiencia. Un representante personal, que puede ser un abogado que usted contrate, puede representarlo en la audiencia. Hay asesoría legal gratis a su disposición. Comuníquese con la oficina de servicios legales más cercana.

Puede continuar recibiendo Servicios de Alimentos y Nutrición a la tasa actual si solicita una audiencia para el

_____a más tardar.
Entonces puede recibir Servicios de Alimentos y Nutrición hasta que se tome una decisión en la audiencia o hasta que su período de elegibilidad termine, lo que ocurra primero. Sin embargo, si en la audiencia se determina que la decisión era correcta,

☐ su grupo familiar nos adeudará el valor de los Servicios de Alimentos y Nutrición que recibió o

☐ quedará descalificado después de la decisión de la audición

Sigue siendo posible que solicite una audiencia después de esta fecha, pero no recibirá Servicios de Alimentos y Nutrición a la tasa actual.

Tiene 90 días a partir de la fecha de esta carta, es decir, hasta el _____ para solicitar una audiencia. Si no solicita una audiencia para esa fecha, perderá de derecho a la misma.

Para solicitar una audiencia, comuníquese con la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición llamando al _____ o llene y envíe el formulario que aparece abajo.

Si desea hablar sobre esta decisión o hacernos preguntas sobre el funcionamiento de las audiencias justas, llame a la oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Atentamente,

_____
Trabajador asignado a su caso

_____
Número de Teléfono

_____
Dirección de la persona que solicita la audiencia

Número de teléfono donde podemos encontrarlo | Su firma | Fecha de hoy

Díganos en este espacio la razón por la cual desea una audiencia justa

☐ Quiero seguir recibiendo hasta la audiencia el monto actual de mis Servicios de Alimento y Nutrición.

☐ No quiero seguir recibiendo hasta la audiencia el monto actual de mis Servicios de Alimento y Nutrición.

Sólo para uso oficial

Nº del caso	Trabajador asignado al caso	Fecha de envío del aviso	Fecha de recepción de la solicitud