

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

División de Servicios Sociales

AVISO DE ELEGIBILIDAD, DENEGACIÓN O ESTADO PENDIENTE

Fecha _____

Nº del caso: _____

Nombre
Dirección

Como necesita sus Servicios de Alimentos y Nutrición inmediatamente, postergamos pedirle cierta información. Ahora necesitamos que nos traiga personalmente o nos envíe por correo la siguiente información:

Estamos escribiéndole para notificarle la decisión que hemos tomado con respecto a su caso de Servicios de Alimentos y Nutrición. Se explica la acción junto a la(s) casilla(s) marcada(s).

Usted recibirá Servicios de Alimentos y Nutrición durante los meses de: _____

No se emitirán beneficios después del primer mes a menos que nos dé la información que le pedimos. Si la información cambia su elegibilidad o su nivel de beneficios, se harán los cambios necesarios sin avisarle por adelantado. Si no nos da la información que le hemos pedido a más tardar el _____ cerraremos su caso sin darle otro aviso.

El primer mes recibirá _____, lo cual cubre los meses de _____

Después de este mes, recibirá _____

Se puede hacer una audiencia justa para su caso si no está de acuerdo con esta decisión. Usted debe solicitar la audiencia a más tardar el _____

Su solicitud no ha sido aprobada porque: _____

_____. Además, si usted tiene ya certificación, puede solicitar una audiencia en cualquier momento para disputar su nivel actual de beneficios. Para solicitar una audiencia justa, comuníquese con la oficina de Servicios de Alimento y Nutrición llamando al _____

Usted no hizo todo lo necesario para que nosotros determináramos si tenía derecho a Servicios de Alimentos y Nutrición. Esto es lo que hay que hacer:

_____. o llene y envíe la forma que aparece abajo. También puede llamar a este número si desea más información sobre el funcionamiento de las audiencias justas. Hay asesoría legal gratis a su disposición. Comuníquese con la oficina de servicios legales más cercana.

Atentamente, _____

Si usted hace esto a más tardar el _____ no tendrá que volver a presentar otra solicitud.

Número de Teléfono _____

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

Nombre de la persona que solicita la audiencia

Dirección

Número de teléfono donde podemos encontrarlo

Su firma

Fecha de hoy

En este espacio, díganos por qué desea una audiencia justa

Sólo para uso oficial

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

Acción tomada en su caso de Servicios de Alimentos y Nutrición