

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
División de Servicios Sociales
DECISION DE AUDIENCIA: AVISO DE DESCALIFICACION ESTATAL

Condado: _____
Fecha: _____
Caso No.: _____
Servicios de Alimentos y Nutrición: _____
Work First (Trabajar Primero): _____
(Marque el programa afectado)

Nombre: _____
Dirección: _____

Se le ha encontrado CULPABLE de una Violación Intencional al Programa en la audiencia que tuvo lugar el _____. Si no estuvo presente en esta audiencia, tiene 10 días para presentar una causa justificada por su ausencia. Si no esta de acuerdo con esta decisión puede apelarla ante la corte. Vea abajo para saber si el resto de su grupo familiar puede obtener beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras usted es inelegible.

Regulación Federal: _____ Usted, intencionalmente hizo declaraciones falsas, engañosas o incorrectas, para esconder u ocultar algunos hechos
_____ Usted, ha cometido intencionalmente un hecho que constituye una violación al Acta de Estampillas de Comida, con el propósito de presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar con tarjetas autorizadas

Estatuto Estatal: _____ 108A-53-Representación Fraudulenta
_____ 108A-53.1-Posesión o uso ilegal de Beneficios Electrónicos de Alimentos y Nutrición

Si está de acuerdo con esta decisión y no desea apelarla en corte, no recibirá
_____ Beneficios de Work First por los meses de _____ hasta _____, y/o
_____ Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por los meses de _____ hasta _____.

Esta decisión no impide que el gobierno estatal o federal le persiga en corte por fraude y pedirle que reembolse los beneficios que recibió su grupo familiar sin tener derecho a ellos.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios Sociales de su Condado al _____. Ayuda legal gratuita puede estar disponible en la Oficina de Servicios Legales que sirve en su área.

Firma del Representante Estatal _____

AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
(Complete solamente para los Servicios de Alimentos y Nutrición)

Hemos revisado su caso par a ver si pueden recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras que _____ no puede participar en el programa.

- Ud. O Uds. recibirán _____ en Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición durante _____.
- Ud. O Uds. recibirán _____ en Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición durante _____. Después tendrán que volver a solicitar ya que el periodo de certificación terminará para esta fecha.
- Aunque su periodo de certificación ha terminado, pudiera ser elegible. Llame, escriba o visite su Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición para pedir una nueva solicitud.
- Ud. O Uds. No son elegibles para Beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Si no está de acuerdo con esta decisión, podrían pedir una audiencia. Su trabajador del caso le dejará saber la cantidad de sus Beneficios del Programa Work First