

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE**  
**División de Servicios Sociales**  
**AUDIENCIA DE DESCALIFICACION ADMINISTRATIVA: ACCION TOMADA**

CONDADO: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
CASO NO: \_\_\_\_\_  
SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION: \_\_\_\_\_  
PROGRAMA WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO): \_\_\_\_\_  
(Marque el programa afectado)

Nombre:  
Dirección:

En la audiencia realizada en \_\_\_\_\_ se encontró que usted cometió una Violación Intencional al Programa. Si usted no asistió a la audiencia, tiene 10 días para presentar una causa justificada por la cual no se presentó.

**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

Usted tiene dos opciones:

1. Si está de acuerdo con esta decisión y no desea una nueva audiencia, Ud. Será descalificado y 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 \_\_\_\_\_.

2. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar otra audiencia a un nivel mas elevado. Llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado o firme esta hoja en la parte inferior y envíela a al Departamento de Servicios Sociales de su condado. Si solicita una nueva audiencia dentro de un término de 15 días calendario a partir de la fecha en que recibió este aviso, usted continuará recibiendo \_\_\_\_\_ beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición y \_\_\_\_\_ del Programa Work First hasta la fecha de la nueva audiencia (se toman en cuenta los fines de semana y días festivos)  
\_\_\_\_\_ Sí, deseo una nueva audiencia

(Firme aquí) \_\_\_\_\_

---

Si tiene preguntas llame al Departamento de Servicios Sociales de su condado \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Condado \_\_\_\_\_

---

**AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

**(Complete solamente para los Servicios de Alimentos y Nutrición)**

Hemos revisado su caso para 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 \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_ 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