

AVISO DE DESCALIFICACION

CONDADO: _____

FECHA: _____

NUMERO DE CASO WORK FIRST (TRABAJAR PRIMERO): _____

NUMERO DE CASO DE SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION: _____

(Marque el programa afectado)

Se le ha encontrado culpable de una **VIOLACION INTENCIONAL AL PROGRAMA** por parte de la corte. La sección marcada se aplica a usted.

_____ No recibirá Servicios de Alimentos y Nutricios de _____ hasta _____

_____ No recibirá Work First de _____ hasta _____

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

**AVISO A LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR
COMPLETE UNICAMENTE PARA LOS SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION**

Hemos revisado su caso para ver si puede recibir beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición mientras que la persona arriba mencionada no es elegible.

_____ Usted recibirá \$ _____ cada mes desde _____
a _____. Después tendrá que solicitar nuevamente ya que su periodo de certificación habrá terminado.

_____ Su periodo de certificación ha terminado. Puede volver a solicitar.

_____ Usted no es elegible para recibir Servicios de Alimentos y Nutrición.

SI TIENE PREGUNTAS, DEJEMELO SABER.

Atentamente,

Representante del Condado