

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE  
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (FNS)  
APROBACIÓN O DENEGACIÓN PARA REEMPLAZAR BENEFICIOS ELECTRÓNICOS ROBADOS**

Dirección de DSS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_

Fecha de envío del aviso: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de DSS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le escribimos para informarle sobre el efecto que su reciente informe de beneficios robados tuvo en sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición.

Hemos explicado nuestra acción a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene derecho a una audiencia de su caso si no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede solicitar una audiencia informando a su Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición local o al Departamento de Servicios Sociales del condado sobre su solicitud en persona, por teléfono o por escrito. La audiencia puede ser solicitada por cualquier miembro de su hogar o por su representante. Puede ser representado en la audiencia por un representante personal, incluso un abogado contratado a su propio costo. Asesoramiento legal gratuito puede estar disponible. Comuníquese con su oficina de servicios legales más cercana.

Tiene 90 días calendario a partir de la fecha de esta carta, es decir, hasta el \_\_\_\_\_ para solicitar una audiencia. Si no solicita una audiencia dentro de los 90 días, usted pierde su derecho a apelar.

Atentamente,

Trabajador social \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_