شماره پرونده

مأمور رسیدگی

موافقت نامه بازپرداخت کوپن غذایی
برای فقط خطاهای اداری

اسم

اسم پرونده

نشانی

شرایط و ضوابط – اداره رفاه بخشداری در مقدار مزایای کوپن غذایی شما مرتکب اشتباهی شد. بایستی توسط یکی از روش هایی که در زیر ذکر شده مزایای کوپن غذایی اضافی را بازپرداخت کنید:

1. **پرداخت یکجا** – می توانید کل مبلغ بدهی را به وسیله پول نقد و/یا مزایای کوپن غذایی یکجا بازپرداخت کنید.
2. **کاهش در مزایا** – اگر در حال حاضر مزایای کوپن غذایی دریافت می کنید، می توانید با کاهش مزایای خانوار خود برای کل ویا بخشی از مقدار بدهی بازپرداخت کنید. ممکن است مایل باشید در مورد مقداری که کاهش پیدا می کند با ما صحبت کنید.
3. **قسطی** – می توانید مقدار بدهی را به اقساط ماهانه به صورت نقدی ویا مزایای کوپن غذایی بازپرداخت کنید.
4. **بازپرداخت حکم شده**

☐ دادگاه ویا قاضی قوانین اداری به شما دستورداد که به طوری که در زیر ذکر شده بازپرداخت کنید. این شرایط بازپرداخت توسط شما ویا بخشداری قابل تغییر نیستند.

اگر قبلاً در مورد شرایط این موافقت نامه با شما صحبت نکرده ایم ویا اگر سوالی دارید، با مأمور وصول رفاه در _____تماس بگیرید.

بعد از پر کردن و امضاء این موافقت نامه، همه نسخه ها را در پاکتی که فراهم شده به بخشداری برگردانید. وجه نقد و مزایای کوپن غذایی را توسط پست با این فرم موافقت نامه ارسال نکنید. هنگامیکه توسط بخشداری تصویب شد، یك نسخه امضاء شده موافقت نامه برای شما ارسال خواهد شد.

موافقت نامه

اینجانب، _____ ، توجه دارم که این موافقت نامه مابین من و بخشداری _____ می باشد چون مزایای کوپن غذایی اضافی به میزان _____ $ به خاطر اشتباه بخشداری بیش از مقدار مقرر صادر شده بود. اینجانب موافقت می کنم که این مبلغ را به روشی (روش هایی) که در زیر علامت زده شده بازپرداخت کنم:

☐ پرداخت یکجا

☐ اینجانب یك پرداخت یکجا به میزان _____ $ که در تاریخ _____ قابل وصول است را بازپرداخت خواهم کرد.

☐ اینجانب یك پرداخت مزایای کوپن غذایی یکجا به میزان _____$ که در تاریخ_____ قابل وصول است را بازپرداخت خواهم کرد.

☐ کاهش مزایا

☐ توسط کاهش در مزایای خانوار خود به میزان _____ $ در ماه، که از تاریخ _____شروع می شود بازپرداخت خواهم کرد.

☐ اقساط

☐ توسط پرداخت های نقدی ماهانه به میزان _____ $ که در _____ روز هرماه قابل وصول است و از تاریخ _____ شروع می شود بازپرداخت خواهم کرد.

☐ توسط پرداخت های مزایای کوپن غذایی ماهانه به میزان_____ $ که در _____ روز هرماه قابل وصول است و از تاریخ _____ شروع می شود بازپرداخت خواهم کرد.

اینجانب همچنین درك و موافقت می کنم:

1. برنامه زمانی بازپرداخت من براساس توانایی فعلی ام در پرداخت کردن است به طوریکه توسط بخشداری محاسبه شده است. هرگونه تغییراتی در توانایی من ممکن است پرداخت های ماهیانه ام را تغییر دهد.
2. اگر چیزی تغییر کند، ممکن است از بخشداری بخواهم که شرایط بازپرداخت که در بالا علامت زده شد را دوباره محاسبه کند.
3. اگر به طوریکه موافقت شد پرداخت نکنم و یك برنامه زمانی پرداخت جدید دریافت نکنم، ممکن است بخشداری بخواهد که کل مبلغ بدهی همین حالا پرداخت شود.
4. اگر به طوریکه موافقت شد پرداخت نکنم و بخشداری برای وصول مبلغ بدهی از من اقامه دعوی کند، ممکن است لازم باشد که مخارج وصول، هزینه وکیل و مخارج دادگاه را نیز پرداخت کنم.
5. اگر پرداخت نکنم، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات بردرآمد ایالتي/فدرال مرا مصادره کنند و/یا از دادگاه بخواهد تا حقوق ویا هرگونه دارایی مرا مصادره کند.
6. در صورتیکه مبلغ پرداختی تا تاریخ سر رسید دریافت نشود و در پرداخت مورد دعوی تأخیر ایجاد شود، اینجانب در معرض اقدام (های) قانونی وصول غیرداوطلبانه قرار خواهم گرفت.

امضاء　　تاریخ　　بخش

توسط بخشداری پر شود:

The above signed Agreement has been accepted by_____on _____

for _____ County. Payments should be made at:

_____

(Signature of Authorized County Official)