

郡

採取行動通知

只供給有血緣關係- 監護人

通知日期: _____
案件名稱: _____
案件工作人員號碼: _____
案件工作人員姓名: _____
案件號碼: _____
電話號碼: _____
地址: _____

(ADDRESSEE)

┌
└

只供給血緣 - 監護補助付款 (KIN-GAP) 監護人:

這是通知你的血緣關係援助金超額支付了
給 _____
(小孩姓名)

在 _____ 月份 (多個)

你收取的總金額: \$ _____

你本應收取的總金額: \$ _____

超額付款的總金額: \$ _____

發現日期: _____ 如果發現是在一年內作出, 追討是允許的.

你需要償還的超額付款金額是 \$ _____.

超額付款的理由是:

- (A) 自 _____ (日期) 起, 援助沒有提供給該兒童/青少年, 而且你沒有按要求報告給你的社會工作者你沒有領取付款的權利.
- (B) 其他理由: _____

根據法律規定, 我們可以追討血緣關係援助金超額支付如果血緣關係援助金導致或促成超額支付。我們不能要求你償還超額付款如果你達到一個例外情況的要求。償還超額付款的例外情況是:

- 超額付款是由郡的行政錯誤引起, 或
- 無論是郡和寄養照顧提供者都不知道或促成超額付款的原因。
- 不在家的未成年人是暫時的, 經費被用於維持家庭作為他們的回歸或用作支持他們的需求。

假如你不同意超額付款的原因或超額付款的金額, 或者如果你覺得可以實行例外的情況, 你可以要求聽證。請參閱以下聽證會說明的頁面。

如果你同意超額付款的原因和金額, 你必須從郡給予或者郵寄你這個通知的那天起的90個日曆天之內, 你必須完成下列其中一項: :

- 1) 一次性支付超額付款總額;
通過支票或匯票, 抬頭請填上支付給:

寄回到:

- 2) 簽署書面還款協議。你必須聯絡在此表格頂部的工作員以討論付款協議的條款。。

如果你不能作出一次性支付總金額或以書面形式訂立付款協議, 你可能會受到在此表格頂部確認的兒童/青年的款項被減少, 或遭遇到民事的裁決。

如果你有關於超額付款計算方法或還款安排有任何的疑問, 請聯絡在本表格頂部的案件工作人員。

在規例所要求下將超額付款和月份時段的證明填上。參閱MPP第45-305欄。如若需要額外的空間, 請附加額外紙張。

應用法例: 福利和慈善法規第 11466.24 欄, 政策手冊 (MPP) 22-009,45-304, 45-305, 和 45-306 欄.

你的聽證權利

假如你不同意任何郡政府所採取的行動的話, 你有權請求聽證. 你只有90天的時間請求聽證. 90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天.

州聽證: 假如你認為此行動是錯誤的話, 你可以請求聽證. 如果你在這行動採取之前請求聽證, 你的福利保持不變.

要求聽證: 假如你認為此行動是錯誤的話, 你可以請求郡政府一個非正式的聽證, 或者一個正式的州政府聽證會. 如果你在這行動發生採取之前請求聽證你的福利保持不變, .

若請求一個非正式聽證會, 你的請求不可遲過這通知信寄給你之後的30個日曆天. 你可以下面任何一種形式寄回你的請求.

書面請求: 電子郵件:

電話請求:
地址

你的請求應說明你需要非正式的聽證會的理由, 和你是否需要一個免費的翻譯員. 如果是的話, 請說明你說何種語言和方言.

你可以在正式的州政府聽證會上訴你非正式聽證會的決定. 你可以在非正式聽證會的決定寄給你後90個工作天之內請求正式聽證會. 但假如請求了非正式聽證會而又沒有舉行的話, 那90個工作天會在此通知日期後的31個日曆天後開始.

請注意, 假如你選擇了正式的聽證會, 你必須在收到此通知後90個日曆天之內申請.

如你有任何疑問, 請聯絡在此表格上方的工作人員.

TDD - 失聰人士電話

若要請求聽證:

- 填寫這一頁.
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄. 假如你索取的話, 你的工作員會給你一份本頁的副本.
- 請把這一頁寄至或送至:

或者

- 打免費電話: **1-800-952-5253** 或者使用TDD 的失聰或言話有障礙人士, 打 **1-800-952-8349**.

要取得幫助, 你可以打上面所列的州政府免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦. 你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助.

假如你不願意單獨去聽證, 你可以帶同朋友或任何人士前往.

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證:

超額付款 _____

理由在於: _____

- 假如你需要更多篇幅的話, 請在此作記號並加另外紙張.
- 我需要州政府提供一位不需要我付費的翻譯員. (你的親友或朋友在聽證會不能為你翻譯.)

我的語言或方言是: _____

福利被拒絕, 改變或停止的人姓名

出生日期	電話號碼
------	------

街道地址

城市	州	郵遞區號
----	---	------

簽名	日期
----	----

填寫此表格的人姓名	電話號碼
-----------	------

- 我要求下面提名人士在聽證時代表我. 我准許這位人士查看我的記錄或替我去聽證. (這人可以是朋友或親友, 但不能為你作翻譯)

姓名	電話號碼
----	------

街道地址

城市	州	郵遞區號
----	---	------