

郡名:

CALFRESH (食費助成) の返還に関する通告 不注意な誤りのある世帯限定 最終通知

通知日: _____
ケース名: _____
番号: _____
ワーカー名: _____
番号: _____
電話: _____
住所: _____

(ADDRESSEE)

何かご質問がありますか? ワーカーに尋ねてください。

州査問会あなたが支払う義務のある金額に関しての査問会が既に実施されていない限り、この行政措置が誤りであると主張する場合は、査問会の実施を要請することができます。このページの裏面に説明されています。この措置がとられる前に査問会の実施を要請すると、あなたのCalFresh(食費助成) 給付額が変更されることはありません。

あなた、またはあなたの世帯の構成員が誤りを犯しました。あなたは下記の者に対して支給されたCalFresh (食費助成) の過大給付金を返還しなければならないことについて当事務所では以前あなたに伝えました。

- あなた
- あなたが援助する _____

返還金は \$ _____ です。

- あなたは返還に同意しませんでした。
- あなたは全額まとめて支払うことができます。
 - あなたは、同封の返還同意書(CF 377.7C)の条件により、CalFresh (食費助成) に関する過大給付金を返還することができます。
 - 同封の返還同意書に記入、署名し、それを送付してください。
 - あなたの返還は、郡役所判断による、あなたの現在の支払い能力に基づいています。あなたの支払い能力に変更があった場合、毎月の支払金額が変更される場合があります。
 - 本件の過大給付金返還に当たり、SSI給付金を使用する必要はありません。
 - 今回のような不注意な誤りが意図的なプログラム違反であると判断される場合、返還に同意する場合であっても罰則が適用されます。
 - あなたが返還に同意しない場合、郡役所は、裁判所等を通じて返還金を回収するため他の手段を講ずることができます。
 - 郡役所が返還金請求を目的としてあなたに対して訴訟を提起する場合、あなたは裁判所費用を支払わなければなりません。
 - あなたが返還金を支払わない場合、郡役所はあなたの州所得税の還付金を取得するとともに、あなたの賃金もしくはあなたが所有する財産から返還金を回収するよう裁判所に要請することができます。

規定: 以上の重要事項の適用規定: これらの規定は該当の福祉事務所で閲覧できます。MPP 63-801.21

警告: この過大給付金が誤りであると主張する場合、今回が査問会実施要請の最後の機会となります。CalFreshを継続する場合、郡役所はその過大給付金を回収するためにCalFresh給付金を引き下げることができます。この過大給付金が返還される前にCalFresh (食費助成) 支給を中止する場合、郡役所はあなたの所得税還付金から過大給付金を回収することができます。

- あなたは、同意したとおりに返還しませんでした。
- あなたは、同意したとおりに返還できない場合には当事務所に連絡しなければなりません。あなたは、返還できない理由について説明しなければなりません。返還計画について郡役所に要請することができます。
 - 同封の返還同意書(CF 377.7C)に記入、署名し、それを送付してください。
 - CalFresh (食費助成) を受給していて、この通知日から10日以内に返還同意書を送付しない場合、あなたの世帯の給付金は、_____から \$ _____ に減額されます。
 - あなたが同意したとおりに返還せず、返還計画も作成しない場合、郡役所は返還金の即座支払を要請することができます。
 - 今回のような不注意な誤りが意図的なプログラム違反であると判断される場合、返還に同意する場合であっても罰則が適用されます。
 - あなたが同意したとおりに返還金を支払わない場合、郡役所は裁判所等を通じて返還金を回収するため他の手段を講ずることができます。
 - 郡役所が返還金請求を目的としてあなたに対して訴訟を提起する場合、あなたは裁判所費用を支払わなければなりません。
 - あなたが同意したとおりに返還金を支払わない場合、郡役所はあなたの州所得税の還付金を取得するとともに、あなたの賃金もしくはあなたが所有する財産から返還金を回収するよう裁判所に要請することができます。

公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh、またはChild Careに対する決定の前に公聴会を求めると…

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っている**Cash Aid、CalFresh、またはChild Care**サービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します： Cash Aid

CalFresh Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、あなたはCal-Learnプログラムに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは、承認された活動だけです。

その他の情報

Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスにお問い合わせください。

養育・医療支援 (Child and/or Medical Support): あなたが補助金を受けていない場合でも、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることになります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴会はファイルを準備します。

あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。(W&I Code Sections 10850 and 10950.)

NA BACK 9 (Japanese) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル**1-800-952-5253**または聴覚・言語が不自由で**TDD**を利用される方は**1-800-952-8349**にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

公聴会の要請

私の下記の事柄について _____ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid CalFresh Medi-Cal

その他 (リストにして記載) _____

公聴会希望の理由： _____

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： _____

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日	電話番号
------	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------

署名	日付
----	----

この書類を記入した者の氏名	電話番号
---------------	------

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名	電話番号
----	------

STREET ADDRESS (所在地住所)

CITY (市)	STATE (州)	ZIP CODE (郵便番号)
----------	-----------	-----------------