

郡名:

CALFRESH(食費助成) 過大支給に関する通知 行政上の誤り(AE)に限定

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

(ADDRESSEE)

「
」

州査問会この措置に不服のある方は、査問会の実施を依頼してください。このページの裏側にその方法等の詳細が記載されています。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。

CalFresh(食費助成)給付金が下記の者に過大支給されました。

- あなたの世帯
 あなたが資金援助している世帯

理由:

未報告の勤労所得では、20%控除の対象になりません。
CalFresh(食費助成)過大給付額\$ _____は、_____の
期間に支給されました。

本件の世帯は、CalFresh(食費助成)\$ _____を受給しました。
本件の世帯は、本来であればCalFresh(食費助成)\$ _____を受給するはずでした。\$ _____ (CalFresh(食費助成)過大給付額は、あなたが受給した金額から本来の支給額を差し引いた金額です。この金額については、郡役所がすでに受領した返還金\$ _____が差し引かれています。従って現在の返還金は\$ _____となります。過大支給額の計算については、この通知に添付されたワークシートを参照してください。

返還
あなたはCalFresh(食費助成)過大支給額を返還しなければなりません。

1. CalFresh(食費助成)過大支給額は全額返還することができます。
2. 同封の返還同意書(CF 377.7E1)のフォームに記入、署名し、送付するとともに同意書に基づき返還を行ってください。
3. 本通知日から30日以内に本同意書に署名し、送付しない場合、CalFresh(食費助成)給付額は_____から_____%減額されます。
 - 本件の過大支給を返還する際は、受給中のSSI給付金を利用しないでください。
 - 過大支給が生じた場合、世帯のすべての成人から回収を行います。
 - CalFresh(食費助成)給付を受給していない方は、過大支給額が\$125を上回る場合にAE過大支給額を返還しなければなりません。

規定: 以上の重要事項の適用規定: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz and Duarte v. Saenz。これらの規定は該当する郡役所で閲覧できます。

- **Lomeli v. Saenz:**連邦規則によると、郡役所はあなたが返還金を支払うことができないと判断した場合は、返還金支払いを免除するという規則を定めなくてはなりません。郡役所では、郡役所が行政上の誤りをした場合に当該支払いを免除します。今回は郡役所が誤りをしたため、過大支給額の回収は支給月額5%または10ドル(多額の方)を差し引くことにより、期間は最大36か月間行います。当該期間の末日において過大支給額が残っている場合、当該残額は免除となり、回収することはありません。

過大支給額の回収について:

- 返還についての同意は、郡役所が判断した、あなたの現在の支払い能力に基づくものとなります。今後支払い能力に変更があると、毎月の返還金額も変更されます。
- 返還が行われない場合、郡役所は、裁判所、他の部局の回収方法、連邦政府の回収措置など他の回収手段を用いることができます。
- 今回の誤りが後日、裁判所または査問会によって審理され、その結果あなたの過失であると判断された場合は、返還に同意をしても罰則が適用されます。
- 返還が行われない場合、または世帯家族が訴訟提起を受けた場合、それらによって発生する法的手続きの追加費用や訴訟費用を負担しなければなりません。
- 返還が行われない場合、郡役所はあなたの州/連邦所得税の還付金を返還金にあてがうことができるとともに、あなたの給料や所有財産の差押を裁判所に要請することができます。

何かご質問がありますか?ある場合はワーカーにお尋ねください。

注意:この過大支給額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(食費助成)を継続される場合、郡役所はあなたの支給月額を引き下げることにより、過大支給額を回収することができます。過大支給額を返還する前にCalFresh(食費助成)受給を中止して、返還手続きをしない場合、郡役所は法律に基づいてあなたの州/連邦所得税の還付金を返還金にあてがうことができます。

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、それを続けることとなります。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. Department 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) _____