

群

不注意による世帯の配当誤差 (IHE)に対する超過支給通知

通知日 _____ : _____
ケース名 _____ : _____
名前 _____ : _____
番号 _____ : _____
担当者 _____ : _____
名前 _____ : _____
番号 _____ : _____
電話 _____ : _____
住所 _____ : _____

(受取人)

「 _____ 」
「 _____ 」

質問 担当者に質問すること。

州公聴会: 本決定が不当であると思う場合は、公聴会を求めることができます。 負担総額に関して公聴会を行なってなかった、このページの後ろにその方法が書かれています。 本決定が行われる前に公聴会を求めれば、給付金は変更されません。

CalFresh配当金が以下のように余分に支給されております:

- 世帯
 世帯(受取人)。
理由は以下の通りです:

報告されなかった勤労所得は、20%の控除を受けることができません。

超過したCalFresh配当金を返済しなければなりません。
超過した CalFresh配当金中 _____ は、期間 _____ に支給されました。

当世帯は、CalFresh配当金中の\$ _____ を受領しました。

当世帯は、CalFresh配当金中の\$ _____ を受領すべきでした。
\$ _____ (超過受領したCalFresh配当金)は、実際受領したもののから受領するはずであった金額を差し引いたものです。

当機関は、当機関は、未払金額の一部の返済を受領しているので、
総額は\$ _____ まで軽減しています。\$ (ドル) _____。

当機関が本通知に付属したワークシートにあなたが受領した超過金額を記載しているので、お確かめ下さい。

- この超過支給分の返済を開始するに当たってSSI配当金を使用する必要はありません。
- 超過支給が生じた場合、当世帯内の大人全員から徴収出来るものとします

いずれかを行うこと

超過して受領したCalFresh配当金をすべて支払うか、あるいは同封した弁済合意書(DFA 377.7E)用紙に記入、署名し、そして提出し、同意した通りに返済すること。

規則: これらの規則は以下のものを適用します:

MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4

福祉事務所でそれらを確認できます。

警告: この超過支給が間違っているとあなたが思う場合は、これが公聴会を求める最後の機会です。あなたがCalFreshの配当を受領し続ける場合は、郡は超過支給を徴収するため、CalFresh配当金を削減できます。超過支給分を払い戻す前にCalFresh配当金を受領した場合は、郡はあなたの所得税還付金から差し引くことができます。

日程の決定:

- 返済しない場合は、郡は、裁判所やその他の徴収機関、連邦政府の徴収通知等、未払金を徴収するのに別の方法を使用するものとします。
- あなたが本通知の日付の30日後以内に合意書に署名しない、また返信しない場合は、CalFresh配当金の金額が _____ から _____ %まで削減されます。
- 未払金額を返済しなければ、郡は州/連邦所得税還付を差し引き、且つ/または給与または財産を差し押さえることができます。
- この配当誤差については、後に裁判所あるいは聴聞会が調査し、あなたが負債を返済することに同意した場合でも、あなたの過失、ペナルティとなるかどうかを決定します。
- 請求が滞納になっているか、世帯が訴訟を受けている場合は、訴訟手続き費用及び訴訟費用を課せられることもあります。
- 返済しない場合は、郡は、裁判所やその他の徴収機関、連邦政府の徴収通知等、未払金を徴収するのに別の方法を使用するものとします。

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 (旧名Food Stamps)、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 (Food Stamps) 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 (旧名Food Stamps)、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 (旧名Food Stamps) 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、州公聴部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 4/2011) - 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 (旧名 Food Stamps) 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)
----------	-----------	-----------------