

카운티

캘리포니아 식품권(CALFRESH) 초과 발급 통지서 (AE, 행정 과실용)

통지일	:	_____
해당자 이름	:	_____
번호	:	_____
담당자 이름	:	_____
번호	:	_____
전화번호	:	_____
주소	:	_____
	:	_____
	:	_____

(ADDRESSEE)

질문이 있을 경우 담당자에게 문의하십시오.

주정부 청문회: 귀하가 이 조치가 잘못되었다고 생각할 경우 청문회를 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다. 이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 귀하의 혜택을 변경할 수 없습니다.

너무 많은 캘리포니아 식품권 혜택이 다음 가구에 발급되었습니다:

- 귀하의 가구.
- 귀하가 보증한 가구.

다음은 혜택을 상환하는 이유입니다:

보고되지 않은 근로소득에 대해서는 20% 공제가 적용되지 않습니다. 귀하는 규정보다 많이 발급된 캘리포니아 식품권 혜택을 상환해야 합니다. \$ _____에 해당하는 추가 캘리포니아 식품권 혜택이 _____ 기간 동안 지급되었습니다.

귀하 가구는 식품권 수당으로 \$ _____를 받았습니다. 귀하 가구는 원래 식품권 수당으로 \$ _____를 받았어야 합니다. \$ _____(추가 발급된 식품권 액수)는 귀하가 받은 수당에서 실 제로 받았어야 하는 수당을 뺀 액수입니다.

해당 상환금 중 일부를 받았기 때문에 이 액수는 \$ _____만큼 감소했습니다. 귀하는 현재 \$ _____를 상환해야 합니다.

본 통지서와 함께 제공된 워크시트에서 귀하가 상환해야 하는 추가 액수의 산정 방식을 참조하십시오.

- 이러한 초과 발급분을 상환하기 위해 귀하가 받는 어떠한 SSI 혜택도 이용해서는 안 됩니다.

LOMELI V. SAENZ

- 연방 규정에는 귀하가 카운티에서 청구한 금액을 상환할 수 없다고 생각할 경우에 해당 금액 중 일부를 탕감해 주는 조항이 명시되어 있습니다. 카운티에서는 카운티 측의 과실로 인해 발생한 상환 청구금 중 일부만을 탕감합니다. 카운티에 과실이 있기 때문에, 최대 총 36개월 동안 귀하의 매달 수당 중 5% 또는 \$10.00 중 더 많은 쪽을 삭감하여 위의 금액을 징수할 것입니다. 상환금 징수 기간이 끝나면, 초과 발급 액수 중 남아 있는 상환금은 탕감되므로 더 이상 징수되지 않습니다.
- 혜택이 초과 발급되면 가구원 중 모든 성인으로부터 상환금을 징수하게 됩니다.

추가 의무사항:

추가 발급된 캘리포니아 식품권 혜택 전액을 상환하거나, 동봉한 상환 계약서(DFA 377. 7E1) 양식을 작성, 서명, 제출하고 동의한 바와 같이 상환금을 지불하십시오.

주의사항: 초과 발급이 잘못되었다고 생각될 경우, 이번이 청문회를 요청할 수 있는 마지막 기회입니다. 이 페이지의 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다. 귀하가 캘리포니아 식품권을 계속 받을 경우에 카운티에서는 매달 캘리포니아 식품권 혜택을 삭감하여 초과 발급분을 징수할 수 있습니다. 초과 환급분을 상환하기에 앞서 캘리포니아 식품권 수령이 중단되는 경우, 카운티는 징수해야 할 금액을 주정부/연방정부 소득세 환급분에서 원천 징수할 수 있습니다.

프로그램 조치:

- 상환 계약서는 카운티에서 판단한 귀하의 현재 지불 능력에 따른 것입니다. 지불 능력에 변동이 있는 경우에는 매달 지불 액수를 변경할 수 있습니다.
- 본 통지일로부터 30일 이내에 동의서에 서명하여 제출하지 않으면, 귀하가 받을 캘리포니아식품권 혜택 액수가 _____부터 _____%만큼 삭감될 것입니다.
- 귀하가 상환하지 않을 경우, 카운티에서는 법원, 기타 징수 기관의 절차, 연방 정부 징수 조치 등과 같은 기타 상환금 징수 방법을 이용할 수 있습니다.
- 이러한 과실이 추후 법정 또는 심리를 통해 검토되고 귀하의 잘못으로 밝혀지는 경우에는, 귀하가 초과 발급분 상환에 동의하더라도 처벌이 적용될 것입니다.
- 지급 요구를 불이행하거나 가구가 소송을 당하게 될 경우, 귀하는 추가 처리 비용이나 소송비용을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 상환금을 지불하지 않을 경우에 카운티는 주정부/연방 정부 소득세 환급분을 가져가거나 임금이나 보유 재산을 압류하기 위해 법원에 요청할 수 있습니다.

규정: 다음 규정이 적용됩니다: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz 및 Duarte v. Saenz.

가까운 복지 사무소에서 해당 규정을 검토할 수 있습니다.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh(푸드스탬프) 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh(푸드스탬프)는 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh(푸드스탬프) 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh(푸드스탬프)
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권장합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 수 있습니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하의 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

- Cash Aid (현금 보조) CalFresh (푸드스탬프)
 Medi-Cal (메디칼)
 기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

- 공간이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.
- 본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 작성한 사람의 이름 _____ 전화번호 _____

- 본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____