

카운티

행정상 오류 (AE)로 인한 CALFRESH 초과 발행 공지

공지 일자 : _____
 케이스 이름 : _____
 번호 : _____
 근무자 이름 : _____
 번호 : _____
 전화번호 : _____
 주소 : _____

(받는 사람)

질문이 있으시면 근무자에게 문의하여 주십시오.

주 공청회: 만약 귀하께서 본 조치가 잘못되었다고 생각하실 경우, 공청회를 문의할 수 있습니다. 뒷장에 그에 대한 안내가 되어 있습니다. 귀하께서 본 조치가 이루어지기 전에 공청회 문의를 하시면 보조금은 변경되지 않을 수도 있습니다.

초과 CalFresh 보조금이 다음에게 지급되었습니다:

- 세대.
 - 귀하가 지원하는 세대.
- 이유:

미보고된 근로 소득이 20% 공제에 해당되지 않습니다.

귀하께서는 추가 CalFresh 보조금을 상환하셔야 합니다.
\$ _____ 의 기간 동안 _____ 의 추가 CalFresh 보조금이 지급되었습니다.

본 세대는 \$ _____ 의 CalFresh 보조금을 지급 받았습니다.

본 세대는 \$ _____ 의 CalFresh 보조금을 받아야 했었습니다.
\$ _____ (추가 CalFresh 보조금)은 귀하께서 받은 금액에서 받아야 했던 금액을 제외한 것입니다.

이 금액은 일부 채무 금액의 상환금인 \$ _____ 을 제외한 금액입니다. 이제 귀하께서는 아래 금액에 대한 채무를 이행하셔야 합니다 \$ _____.

본 공지 워크시트에서 귀하의 추가 금액이 어떻게 환산되었는지 확인하십시오.

- 귀하께서는 본 추가 발행을 상환하기 위해 SSI 보조금을 사용하지 않으셔도 됩니다.
- 추가 발행이 이루어졌을 때 세대의 모든 성인에게서 징수가 이루어 질 것입니다.

다음 중 하나의 조치를 취하십시오:

추가 CalFresh 보조금 전부를 지불하시거나 동봉된 상환 동의서 (Repayment Agreement, DFA 377.7E) 양식을 작성, 사인, 회신한 동의한대로 지불하십시오.

법규: 다음 법규가 적용함: MPP 63-801.43, 63-801.22, 63-801.7, 63-801.4
복지 사무소에서 검토하실 수도 있습니다.

주의: 만약 귀하께서 본 추가 발행이 잘못되었다고 생각하실 경우, 이는 공청회를 문의할 마지막 기회입니다. 만약 CalFresh 지원을 그대로 받을 경우, 카운티의 잘못이 아닌 이상 카운티는 추가 발행을 징수하기 위해 귀하의 CalFresh 보조금을 삭감할 수 있습니다. 만약 추가 발행이 상환되기 전에 CalFresh를 중지하신다면 카운티는 법에 따라 귀하의 소득세 환급에서 받아야 할 금액을 징수할 수도 있습니다.

프로그램 조치:

- 귀하의 상환 동의서는 카운티에서 판단한 현재 상환 능력에 근거할 것입니다. 귀하의 상환 능력에 대한 변경 사항은 매달 할부 금액에 영향을 미칠 수도 있습니다.
- 만약 귀하께서 본 공지 일자로부터 30일 이내에 동의서를 사인하고 회신하지 않으실 경우, 귀하께서 받으실 CalFresh 보조금 금액은 _____ 로부터 _____ % 가 삭감될 것입니다.
- 만약 귀하께서 상환하지 않으실 경우, 카운티는 받을 금액을 징수하기 위해 법원, 미수금 처리 대행 회사, 그리고 연방 정부의 징수 조치같은 다른 방법을 사용할 수도 있습니다.
- 만약 이 오류가 후에 법원이나 청문회에서 검토된 후 귀하의 실수로 판단될 경우, 귀하께서 상환하기로 동의하셨더라도 불이익이 작용할 것입니다.
- 만약 본 요청이 연체되거나 세대가 고소를 당했을 경우, 귀하께서는 추가 절차에 따른 요금이나 법정 요금의 대상이 될 수도 있습니다.
- 만약 귀하께서 상환하지 않으실 경우, 카운티는 귀하의 주/연방 소득세 환급을 수 및/또는 법원에 귀하의 소득이나 소유재산에 대한 권리를 요구할 수도 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 Services를 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. 귀하는 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 _____