

카운티

의적 프로그램 위반(IPV: Intentional Program Violation) 또는 고의가 아닌
가구 과실(IHE: Inadvertent Household Error)에서 IPV로 상태 변
경을 위한 캘리포니아식품권 상환 통지서

(ADDRESSEE)

너무 많은 식품권이 아래 가구에 발급되었습니다:

- ☐ 귀하의 가구.
- ☐ 귀하가 보증한 가구.

이유는 다음과 같습니다:

- ☐ 귀하는 이미 캘리포니아 식품권 초과 발급에 관해 고지를 받았으며, 카운티에서는 이에 따라 매달 삭감된 캘리포니아 식품권 혜택을 지급했습니다. 법원이나 주정부 청문회에서 이것이 IPV라고 판결을 내렸거나, 또는 귀하가 자격 박탈 동의서(Disqualification Consent Agreement) 또는 행정 자격 박탈 청문회 권리포기 증서(Administrative Disqualification Hearing Waiver)에 서명하였으므로 현재 IPV입니다. 이 통지서에는 귀하가 현재 상환해야 할 액수에 대한 정보가 있으며, 이 액수는 이전에 귀하가 들은 액수보다 더 많을 수도 있습니다. 카운티에서는 귀하의 매달 수당 중에서 10% 또는 \$10(더 많은 쪽)의 초과 발급분을 징수했습니다. 카운티에서는 현재 귀하의 매달 수당 중 최고 20% 또는 \$20(더 많은 쪽)를 징수할 수 있어 귀하가 받고 있는 식품권 액수가 변경될 수 있습니다.

- ☐ 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 실제로 받았어야 하는 수당을 뺀 액수입니다.

- ☐ 저희는 지난 수 개월 간 귀하에게 혜택 수당을 지불할 의무가 있거나 해당 상환금 중 일부를 받았기 때문에 이 액수는 \$_____만큼 감소했습니다.

- ☐ IPV가 된 이래로 초과 발급이 다시 나타났기 때문에 이 액수는 \$_____만큼 증가했습니다.

귀하는 현재 \$_____를 상환해야 합니다.

규정: 다음 규정이 적용됩니다: MPP 63-801.43, 63-801.23.
가까운 복지 사무소에서 해당 규정을 검토할 수 있습니다.

통지일

:

해당자 이름

:

번호

:

담당자 이름

:

번호

:

전화번호

:

주소

:

질문이 있을 경우 담당자에게 문의하십시오.

주정부 청문회: 귀하가 초과 발급을 **이유**로 이전에 청문회를 연 적이 **없을** 경우에 이 조치에 대한 청문회를 요청할 수 있습니다. 귀하가 상환해야 할 새로운 캘리포니아 식품권 혜택 액수가 타당하지 **않다**고 생각될 경우, 심리를 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 뒷면에 방법이 설명되어 있습니다. 이 조치가 취해지기 전에 청문회를 요청할 경우에는 귀하의 혜택을 변경할 수 없습니다.

- 귀하는 이러한 초과 발급분을 상환하기 위해 어떠한 SSI 혜택을 이용해서도 안 됩니다.
- 초과 발급이 나타나면 가구원 중 모든 성인으로부터 상환금을 징수하게 됩니다.

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

추가 의무사항:

추가 발급된 캘리포니아 식품권 혜택 전액을 상환하거나, 동봉한 상환 계약서 (DFA 377.7G) 양식을 작성, 서명, 제출하고 동의한 바와 같이 상환금을 지불하십시오.

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 **IPV**가 **IHE**일 경우에 귀하가 상환금을 갚는 데 동의하더라도 처벌은 적용됩니다.
- 지급 요구를 불이행하거나 귀하 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.

주의사항: 초과 발급이 잘못되었다고 생각될 경우, 이번이 청문회를 요청할 수 있는 마지막 기회입니다. 귀하가 캘리포니아 식품권을 계속 받을 경우, 카운티는 초과 발급분을 징수하기 위하여 귀하의 캘리포니아 식품권 혜택을 삭감할 수 있습니다. 초과 환급분을 상환하기에 앞서 캘리포니아 식품권 수령이 중단되는 경우, 카운티는 징수해야 할 금액을 귀하의 소득세 환급분에서 원천 징수할 수 있습니다.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 **90일** 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 **90일**의 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 있으시면 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