

CONTRATO DE REEMBOLSO DO CALFRESH SOMENTE POR ERROS INVOLUNTÁRIOS DA RESIDÊNCIA

NÚMERO DO CASO

FUNCIONÁRIO

NOME

NOME DO CASO

ENDEREÇO

TERMOS E CONDIÇÕES

Você ou um membro de sua residência cometeu um erro.

Você deve reembolsar os benefícios extras do CalFresh usando um ou mais métodos listados aqui:

- Pagamento único:** você pode reembolsar integralmente o valor devido de uma só vez em dinheiro e/ou benefícios do CalFresh.
- Redução dos benefícios:** se você estiver recebendo benefícios do CalFresh no momento, poderá fazer o reembolso com a redução dos benefícios de sua residência para todo o valor devido ou parte dele. O reembolso por esse método representará 10% de seus benefícios mensais ou US\$ 10 por mês, o que for maior.
- Pagamento parcelado:** você pode reembolsar o valor devido em pagamentos mensais em dinheiro e/ou benefícios do CalFresh.

4. Reembolso ordenado

- O tribunal ou o Juiz de Direito Administrativo ordenou que você faça o reembolso conforme indicado abaixo. Esses termos de reembolso não podem ser alterados por você ou pelo município.

Se ainda não tivermos falado com você sobre os termos desse Contrato, ou se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o responsável pela cobrança de assistência social em _____.

Após preencher e assinar esse Contrato, devolva todas as cópias para o município no envelope fornecido. Não envie dinheiro com esse Contrato. Quando aprovado pelo município, uma cópia assinada desse Contrato será enviada para você.

CONTRATO

Eu, _____, compreendo que este Contrato é firmado entre mim e o Município de _____ porque foram emitidos benefícios extras do CalFresh no valor de \$ _____. Concordo em reembolsar esse valor pelo(s) método(s) assinalado(s) abaixo:

- Pagamento único
- Farei o reembolso por meio de um pagamento único em dinheiro no valor de \$ _____ com vencimento em _____.
- Farei o reembolso por meio de um pagamento único em benefícios do CalFresh no valor de \$ _____ com vencimento em _____.
- Redução dos benefícios
- Farei o reembolso por meio de uma redução dos benefícios de minha residência no valor de \$ _____ por mês, a partir de _____.
- Pagamento parcelado
- Farei o reembolso por meio de pagamentos mensais em dinheiro no valor de \$ _____ com vencimento no dia _____ de cada mês a partir de _____.
- Farei o reembolso por meio de pagamentos mensais em benefícios do CalFresh no valor de \$ _____ com vencimento no dia _____ de cada mês a partir de _____.

Eu também compreendo e concordo que:

- Meu plano de reembolso é baseado em minha capacidade de pagamento atual conforme calculado pelo município. Quaisquer alterações em minha capacidade de pagamento poderão modificar os pagamentos mensais.
- Se ocorrer alguma alteração, poderei solicitar que o município recalcule os termos assinalados acima.
- Se eu não fizer o pagamento conforme acordado e não obtiver um novo plano de pagamento, o município poderá solicitar que o valor total devido seja pago imediatamente.
- Se eu não fizer o pagamento conforme acordado e o município me processar pelo valor devido, também poderei ser obrigado a arcar com os custos de cobrança, honorários advocatícios e custas judiciais.
- Se eu não fizer o pagamento, o município poderá reter minha restituição de imposto de renda estadual/federal e/ou solicitar que o tribunal confisque meus salários ou qualquer propriedade minha.
- Estarei sujeito a ação(ões) de cobrança involuntária(s) se o pagamento não for recebido até a data de vencimento e a reivindicação ficar em atraso.
- Caso posteriormente seja constatado que esse erro involuntário da residência trata-se de uma violação intencional do programa, as penalidades serão aplicadas mesmo se eu reembolsar o valor devido.

ASSINATURA

DATA

MUNICÍPIO

To be completed by the county (A ser preenchido pelo município):

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)