

CONVENIO PARA EL REEMBOLSO DE BENEFICIOS DE CALFRESH SOLAMENTE POR ERRORES NO INTENCIONALES DEL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH

NÚMERO DEL CASO

TRABAJADOR

NOMBRE

NOMBRE DEL CASO

DIRECCIÓN

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Usted o un miembro de su grupo para fines de CalFresh (grupo) cometió un error.

Usted tiene que reembolsar los beneficios extras de CalFresh siguiendo uno o varios de los métodos que se describen a continuación:

- Pago único** - Puede reembolsar la cantidad completa que debe haciendo solamente un pago en efectivo y/o con beneficios de CalFresh.
- Reducción de beneficios** - Si actualmente recibe beneficios de CalFresh, puede pedir que se reduzcan los beneficios de su grupo para reembolsar toda o parte de la cantidad que debe. El reembolso usando este método será el 10% de su pago mensual o \$10 cada mes, lo que sea más.
- Pagos mensuales (Abonos)** - Puede reembolsar la cantidad que debe haciendo pagos mensuales en efectivo y/o con beneficios de CalFresh.
- Reembolso que se le ha ordenado**

- La corte o el juez de leyes administrativas ordenó que usted reembolse la cantidad que debe según se indica a continuación. Ni usted ni el Condado pueden cambiar estos términos de reembolso.

Si todavía no hemos hablado con usted sobre los términos de este convenio, o si tiene alguna pregunta, hable con el cobrador de asistencia pública al _____.

Una vez que complete y firme este convenio, devuelva todas las copias al Condado en el sobre que se proporciona. Al enviar este convenio por correo no incluya dinero en efectivo. Cuando lo apruebe el Condado, se le enviará una copia firmada del convenio.

CONVENIO

Yo, _____, entiendo que este convenio es entre el Condado de _____ y yo, debido a que se me emitieron beneficios de CalFresh extras por la cantidad de \$_____. Estoy de acuerdo en reembolsar esta cantidad según los métodos marcados a continuación:

- Pago único
- Haré el reembolso por medio de un pago único de \$_____ en efectivo que se vence el _____.
- Haré el reembolso por medio de un pago único de \$_____ en beneficios de CalFresh que se vence el _____.
- Reducción de beneficios
- Haré el reembolso por medio de una reducción mensual en los beneficios de mi grupo de \$_____ comenzando el _____.
- Pagos mensuales (abonos)
- Haré el reembolso en pagos mensuales de \$_____ en efectivo que se vencen el día _____ de cada mes comenzando el _____.
- Haré el reembolso en pagos mensuales de \$_____ en beneficios de CalFresh que se vencen el día _____ de cada mes comenzando el _____.

También entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Mi plan para hacer el reembolso se basa en mi capacidad actual para pagar según la calcule el Condado. Cualquier cambio en mi capacidad para pagar pudiera cambiar mis pagos mensuales.
- Si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a considerar los términos marcados arriba.
- Si no pago en la forma convenida y no hago un nuevo plan de pagos, el Condado puede requerir que se pague ahora toda la cantidad que se debe.
- Si no pago en la forma convenida y el Condado presenta una demanda en contra de mí para cobrar la cantidad que debo, es posible que también se me requiera que pague costos de cobranza, honorarios de abogado, y gastos de la corte.
- Si no pago, el Condado puede tomar mi devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos y/o pedir a la corte que embargue mi sueldo o cualquier otra clase de propiedad que yo posea.
- Si no se recibe el pago para la fecha en que se vence y el pago se considera atrasado, yo estaré sujeto a una acción que me obligue a pagarlo.
- Si más tarde se determina que este error no intencional del grupo es en realidad una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando yo reembolse lo que debo.

FIRMA

FECHA

CONDADO

To be completed by the county: (Esta sección la completa el Condado.)

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

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)