

شماره پرونده	
کارشناس	
نام پرونده	نام
	آدرس

توافقنامه بازپرداخت CALFRESH فقط برای خطاهای اداری

شرایط و مفاد - اداره امور رفاهی کانتی در محاسبه مبلغ مزایای CalFresh شما مرتکب اشتباه شده است. شما باید مزایای CalFresh اضافی پرداخت شده را به یک یا چند روش زیر پرداخت نمایید:

1. **پرداخت یکجا** - شما می توانید کل مبلغ بدهی را بصورت یکجا نقداً و/یا از محل مزایای CalFresh بازپرداخت کنید.
2. **کاهش مزایا** - اگر در حال حاضر مزایای CalFresh دریافت می کنید، می توانید با درخواست کاهش مزایای خانوار خود تمام یا بخشی از مبلغ بدهی را بازپرداخت نمایید. شما می توانید در مورد مبلغ کاهش با ما گفتگو کنید.
3. **قسط بندی** - شما می توانید مبلغ بدهی را در قسط های ماهیانه نقدی یا از محل مزایای CalFresh بازپرداخت کنید.
4. **بازپرداخت دستور داده شده**

دادگاه یا قاضی دیوان اداری دستور داده است که مطابق زیر بازپرداخت نمایید. این شرایط بازپرداخت توسط شما یا کانتی قابل تغییر نمی باشند.

اگر تاکنون درباره شرایط این توافقنامه با شما صحبت نکرده ایم و یا در صورت داشتن هرگونه سوال در این خصوص با مامور وصول رفاهی در شماره _____ تماس حاصل نمایید.

بعد از تکمیل و امضای این توافقنامه باید تمام نسخه های آنرا در پاکت ارائه شده به کانتی برگردانید. از ارسال پول نقد یا مزایای CalFresh با این فرم توافقنامه از طریق پست خودداری کنید. یک نسخه امضا شده از این توافقنامه بعد از تایید کانتی برای شما ارسال خواهد شد.

توافقنامه

اینجانب، _____، آگاه هستم که این توافقنامه میان من و کانتی _____ می باشد چون که به دلیل خطای کانتی، مزایای CalFresh اضافی به مبلغ _____ \$ بیش از حد مقرر برای من صادر شده است. من می پذیرم که این مبلغ را به روش(های) علامت زده شده زیر بازپس دهم:

پرداخت یکجا

من مبلغ نقدی معادل _____ \$ را بصورت یکجا حداکثر تا قبل از _____ بازپرداخت خواهم کرد.

من مبلغ مزایای CalFresh معادل _____ \$ را بصورت یکجا حداکثر تا قبل از _____ بازپرداخت خواهم کرد.

کاهش مزایا

من بازپرداخت را بصورت _____ \$ کاهش ماهانه از ابتدای _____ از مزایای خانوار خود انجام خواهم داد.

قسط بندی

من بازپرداخت را بصورت قسط های نقدی ماهیانه _____ \$ حداکثر تا روز _____ هر ماه از ابتدای _____ انجام خواهم داد.

من بازپرداخت را بصورت پرداخت های مزایای CalFresh ماهیانه _____ \$ حداکثر تا روز _____ هر ماه از ابتدای این ماه انجام خواهم داد.

من همچنین می دانم و موافقت می کنم که:

1. برنامه بازپرداخت من بر اساس توان پرداخت فعلی من می باشد که به تشخیص کانتی رسیده است. هرگونه تغییر در توان پرداخت من ممکن است پرداخت های ماهیانه من را تغییر دهد.
2. اگر موردی تغییر پیدا کرد، ممکن است از کانتی درخواست نمایم که شرایط بازپرداخت علامت زده شده فوق را مجدداً بررسی نماید.
3. اگر مطابق با توافق پرداخت نکنم و یک برنامه پرداخت جدید دریافت نکنم، کانتی ممکن است از من درخواست کند کل مبلغ بدهی را همین حالا پرداخت نمایم.
4. اگر مطابق با توافق پرداخت نکنم و کانتی برای وصول مبلغ بدهی از من شکایت کند، ممکن است مجبور باشم هزینه و مخارج وصول، دستمزد وکیل و مخارج دادگاه را نیز بپردازم.
5. در صورت عدم پرداخت، کانتی ممکن است وجه بازپرداخت مالیات بر درآمد ایالتی/فدرال من را برداشته و/یا از دادگاه درخواست نماید تا دستمزدها و یا هرگونه دارایی و اموالی که تحت تملک دارم را در اختیار بگیرد.
6. اگر پرداخت تا موعد مقرر انجام نشده و مطالبه موفقیت آمیز نباشد بطور خودکار با اقدام(ات) وصول روبرو خواهم شد.

امضاء	تاریخ	کانتی
-------	-------	-------

To be completed by the county: (جهت تکمیل توسط کانتی)

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)