

УГОДА ПРО ПОВЕРНЕННЯ ВИПЛАТ ЗА ПРОГРАМОЮ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ CALFRESH, ЯКІ БУЛИ ЗДІЙСНЕНІ ВИКЛЮЧНО ЧЕРЕЗ АДМІНІСТРАТИВНІ ПОМИЛКИ

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я

НОМЕР СПРАВИ

ПРАЦІВНИК

НАЗВА СПРАВИ

АДРЕСА

УМОВИ ТА ПОЛОЖЕННЯ. Департамент соціального забезпечення округу допустив помилку в сумі ваших пільг за програмою продовольчої допомоги CalFresh. Ви повинні повернути надлишкову суму пільг за програмою CalFresh в один із наведених нижче способів.

- Одноразовий платіж:** ви можете виплатити повну суму заборгованості за один раз готівкою або відшкодувати її за рахунок пільг CalFresh (частково чи повністю).
- Скорочення пільг:** якщо ви зараз отримуєте пільги програми CalFresh, ви можете виплатити суму заборгованості (частково чи повністю) за рахунок скорочення пільг для вашої родини. Розмір суми, на яку буде скорочено пільги, ви можете обговорити з працівниками округу.
- Оплата частинами:** ви можете виплатити суму заборгованості щомісячними платежами готівкою або відшкодувати за рахунок пільг програми CalFresh.
- Виплата за призначенням суду:**

- Суд або суддя з адміністративних справ призначив вам повернути виплати на умовах, наведених нижче. Ці умови не можуть бути змінені ані за вашим проханням, ані з ініціативи округу.

Якщо ми з вами ще не обговорили умови цієї Угоди або у вас залишилися будь-які запитання з її приводу, зверніться до колектора відділу соціального забезпечення за номером телефону _____.

Після того, як ви заповните та підпишете цю Угоду, поверніть усі примірники в округ, вклавши їх у конверт, що додається. Не потрібно надсилати готівкові кошти або повертати пільги за програмою CalFresh поштою разом із формою цієї Угоди. Після затвердження округом вам буде надіслано підписаний примірник цієї Угоди.

УГОДА

Я, _____, розумію, що цю Угоду укладено між мною та округом _____ з приводу переплати мені надлишкових пільг за програмою продовольчої допомоги CalFresh у розмірі \$ _____, яка виникла через помилку з боку округу. Я погоджуюся повернути зазначену суму в один із наведених нижче способів.

- Одноразовий платіж
- Я зобов'язуюся здійснити виплату одноразовим готівковим платежем на суму \$ _____ до _____.
- Я зобов'язуюся здійснити виплату одноразовим платежем за рахунок пільг за програмою CalFresh на суму \$ _____ до _____.
- Скорочення пільг
- Я погоджуюся, що для виплати надлишку пільги для моєї родини будуть скорочені на суму \$ _____ за кожен місяць, починаючи з _____.
- Оплата частинами
- Я зобов'язуюся здійснювати виплати щомісячними готівковими платежами на суму \$ _____ до _____ числа кожного місяця, починаючи з _____.
- Я зобов'язуюся щомісяця здійснювати виплати за рахунок пільг за програмою CalFresh на суму \$ _____ до _____ числа кожного місяця, починаючи з _____.

Я також усвідомлюю та погоджуюся, що:

- Графік виплат побудований виходячи з моєї поточної платоспроможності, установленної округом. Будь-які зміни стану моєї платоспроможності можуть вплинути на мої щомісячні платежі.
- У випадку таких змін я маю право просити округ переглянути зазначені вище умови повернення виплат.
- У випадку, якщо я не здійснюватиму виплати за попередньою домовленістю й не звертатимуся до округу з проханням змінити графік платежів, округ залишає за собою право вимагати негайної сплати загальної суми моєї заборгованості.
- У випадку, якщо я не здійснюватиму виплати за попередньою домовленістю й округ буде змушений звернутися до суду для стягнення з мене суми заборгованості, мене також можуть зобов'язати сплатити видатки на стягнення боргу, юридичні послуги та судові витрати.
- У разі невиплати мною всіх заборгованостей округ залишає за собою право забрати моє відшкодування прибуткового податку на рівні штату або федерації, а також звернутися до суду, щоб накласти арешт на мою заробітну плату чи будь-яке майно, яке перебуває в моїй власності.
- Якщо платіж не буде отриманий у належні терміни виплати, а вимогу округу про відшкодування буде прострочено, до мене будуть застосовані вимушені заходи зі стягнення заборгованості.

ПІДПИС

ДАТА

ОКРУГ

To be completed by the county (Заповнюється працівником округу):

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)