YÊU CẦU HOÀN TRẢ TỰ NGUYỆN CHƯƠNG TRÌNH CALWORKS

Tên Hồ sơ: _____ Số Hồ sơ: _____

Ngày Sinh _____ Bốn số cuối của Số an sinh xã hội _____

Vào _____, quý vị được thông báo rằng quý vị đã được cấp quá mức phúc lợi chương trình Cơ hội Việc làm và Trách nhiệm với Trẻ California (California Work Opportunity And Responsibility to Kids - CalWORKs):

Tất cả hoặc một phần khoản trợ cấp mà quý vị nhận được trong (các) tháng _____ đến _____ là khoản trợ cấp quá mức. Quý vị nhận được mẫu đơn này vì tất cả các yếu tố sau đây có thể áp dụng:

- Quý vị đã nhận được mẫu đơn này sau phần giải thích của Quận về khoản trợ cấp quá mức; và
- Quận đã không yêu cầu quý vị thực hiện thanh toán tự nguyện; nhưng quý vị đã yêu cầu được thực hiện thanh toán tự nguyện.
- Quý vị có thể tự nguyện hoàn trả tất cả hoặc một phần khoản trợ cấp quá mức. Số tiền trợ cấp quá mức là $_____. Quý vị sẽ thực hiện hoàn trả tự nguyện ☐ một lần ☐ hàng tháng (đánh dấu một chọn lựa) số tiền $_____. Phương thức hoàn trả : ☐ Chi phiếu ☐ Tiền mặt ☐ EBT. Quý vị có thể ngưng thực hiện việc thanh toán tự nguyện bất cứ lúc nào. Nếu quý vị quyết định ngưng việc thanh toán tự nguyện, quận có thể cho thu khoản tiền trợ cấp quá mức còn lại của quý vị.

Nếu quý vị đồng ý với việc thanh toán tự nguyện này, quý vị có thể gửi một chi phiếu hoặc ngân lệnh đến địa chỉ được cho bên dưới. Vui lòng ghi số hồ sơ của quý vị lên chi phiếu hoặc ngân lệnh của quý vị. Các số tiền thanh toán cần được gửi qua đường bưu điện đến:

Tên Người liên lạc tại Quận:
Văn phòng thuộc Quận/ Địa hạt:
Địa chỉ:
Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Zip

HOẶC

Nếu quý vị muốn tiền được lấy trực tiếp từ tài khoản EBT của quý vị một lần, vui lòng ghi vào số tiền mà quý vị muốn được lấy từ tài khoản EBT CalWORKs của quý vị rồi ký tên và ghi ngày bên dưới.

$_____ _____ _____

Số tiền Chữ ký Ngày

Số thẻ EBT: _____ Số yêu cầu thanh toán phần trợ cấp quá mức: _____

Bằng việc ký tên vào mẫu này, tôi hiểu rằng tôi đang uỷ quyền cho Quận khấu trừ tiền trong tài khoản EBT của tôi để hoàn trả khoản trợ cấp quá mức. Tôi xác nhận rằng tôi là chủ thẻ EBT của tài khoản này. Tôi hiểu rằng là một chủ thể EBT, tôi có quyền cho phép việc thanh toán từ tài khoản này để thực hiện thanh toán cho một khoản trợ cấp quá mức. Tôi hiểu rằng việc dùng tiền từ tài khoản EBT để hoàn trả một khoản trợ cấp quá mức là một hành động tự nguyện và tôi đồng ý sử dụng phúc lợi CalWORKs từ tài khoản này để hoàn trả các phúc lợi được cấp quá mức. Tôi hiểu rằng thoả thuận này có thể được thay đổi hoặc chấm dứt bất cứ lúc nào trong tương lai theo yêu cầu của tôi. Nếu quý vị có điều gì thắc mắc về cách tính khoản trợ cấp quá mức này hoặc về những cách thức hoàn trả, vui lòng gọi:

_____ tại số _____.

Tên Nhân viên Số Điện thoại của Nhân viên

County Use Section (Phần Sử Dụng của Quận)
Benefits withdrawn from Cash EBT account for cash overpayment:

Claim: _____ in the amount of $ _____.

Worker name: _____

Worker signature: _____

Worker number: _____

Date: _____