

重要なお知らせ

資格喪失に関する行政措置についての聴聞会棄権証書—CALWORKS・CALFRESH

注意してお読みください。この棄権証書に署名するとあなたの権利に影響する可能性があります。

日付: _____

聴聞会番号: _____

_____ は、あなた _____ が意図的なプログラム違反 (Intentional Program Violation, IPV) を犯した可能性が高いと思われます。つまり、これはあなたが郡に故意に誤った情報を伝えたか、意図的に事実を伝えなかったと郡が主張していることを意味しています。

郡がここで使用する「故意」もしくは「意図的」という言葉はあなたが「わざとしたのだ」ということを意味しています。これがCalWORKsの場合、「家族の資格を成立するため」、もしくは「維持するため」、または公的給付金を「増額させる目的で」、あるいは「減額されないようにするため」にしたことをも意味します。その結果、CalWORKsにおいて _____、CalFreshプログラムにおいては _____ 分の過払いが起ったことを意味します。

郡は、過剰支払いや過剰発行がない場合でも、失格ペナルティを求める場合があります。IPVによる失格ペナルティはこれが初回、二回目、または三回目の違反であるか、またその違反に関わる実状によって、6ヶ月、12ヶ月、24ヶ月、4年、10年、または永久失格となります。また、一方または両方のプログラムから失格になる場合もあります。

あなたは「資格喪失に関する行政措置についての聴聞会 (Administrative Disqualification Hearing, ADH)」を開き異議を申し立てる権利がありますが、この通知書の2ページ目に署名することにより、その権利を放棄することもできます。あなたがIPVを犯したかどうかについて認める必要はありません。この棄権証書に署名すれば、あなたは下記の期間CalWORKsやCalFreshの何れかまたは双方を受け取る権利を放棄することになり、これに関して聴聞会が開かれることもないことを意味します。

もし、ADHを開く権利を放棄する目的でこの棄権証書に署名した場合、あなたは以下のことを留意しておくべきです。

- 失格になったとしても世帯の適格性と付与額を把握する際に、あなたの収入とリソースはカウントされます。
- あなたのご世帯に他のCalWORKsやCalFreshの受領者がいる場合、あなたの失格期間中はそれらの支給額が減額されたり、停止されたりすることがございます。
- あなたは、あなたに対する告発について黙秘を通す権利があります。また、あなたが述べたことや署名したことは、法廷であなたに対し不利な証拠として用いられる事があります。
- この文書に署名しても、あなたがIPVを犯したとして郡、州、および連邦政府が告発し、法廷を通し、過剰支払いや過剰発行した分の金額をあなたから徴収しようとする行為を止めることはできません。
- CalFreshの過剰発行 (過払い) に関しては、あなたが払い戻さなければならない額は、勤労所得控除額が認められなくなるため増額することとなります。

ADH聴聞会に関する棄権証書に署名しないことを決定した場合:

- 聴聞会を開くまでは現在の付与額に変更が加えられることはありません。
- もしこの棄権証書に署名しない場合、あなたの参加の有無にかかわらず開催されます。参加しない場合、この通知書の2ページ目の下に記されている郡の代表担当官に陳述書を提出することをご検討ください。提出された証拠をもとに判断が下されます。
- もし聴聞会の日程が決まる前にあなたの郡がこのフォームを送ってきた場合、CDSS (カリフォルニア社会福祉部) より日付、時刻、そして場所をお知らせする通知書が届きます。この棄権証書に署名した場合、あなたのペナルティは以下の通りとなります:

世帯人へのCALFRESHからの通知

あなたとあなたの世帯の成人は（たとえその世帯から退出され保障を受ける権利がなくなった人であったとしても）同封されたDPA 435に記されたIPVに関わる主張の項目Eに記された期間中、過払いされたCalFreshの付与額をすでに払い戻していない場合、あなたの世帯に対して過払いとなったCalFresh付与額の支払いに関して払い戻す責任が課せられています。

もし聴聞会を開く権利を放棄したい場合、この棄権証書に署名し、同封の「CALWORKS・CALFRESHの資格喪失に関する行政措置についての聴聞会の通知」に記載された通知日から20日以内にカリフォルニア社会福祉部（California Department of Social Services）返送してください。その20日以内に棄権証書に署名せず返送しない場合は聴聞会の開催日程が決定されます。あなたが世帯主でない場合は、世帯主も署名する必要があります。

もしあなたがこの棄権証書に署名した場合、あなたは1ページ目に記された期間中、CalWORKs・CalFreshの何れか、または双方のプログラムより給付資格を喪失し、たとえ郡が提示する事柄や訴えを認めなくとも、あなたの世帯主の付与額も減額される可能性があります。

資格喪失に関する行政措置についての聴聞会棄権証書

私は、この文書に完全に任意で署名するものであり、またこの棄権証書への署名を怠った場合は、自分の受給資格に影響しないことを理解します。

下記のボックスの何れか当てはまる方にチェックマークを入れてください。

- 私は提示された事柄を事実として認め、この文書に署名することにより、資格喪失に関わるペナルティが課せられることを理解します。
- 私は提示された事項を事実として認めません。しかし、この文書に署名することを選択し、結果として資格喪失に関わるペナルティが課せられることを理解します。

私は下記の事を理解し、認めます：

1. 郡は私が意図的なプログラム違反（Intentional Program Violation、IPV）を犯したと主張していること。
2. 私は同封されてきた郡発行の意図的なプログラム違反の申立書（County Allegation of Intentional Program Violation、DPA 435）およびそれに含まれた証言や証拠物件などを読んだこと。実際に自分の目でその証拠を確かめたい場合やそのプロセスについて相談したい場合は、群の下記に記された代表担当官に連絡することができること。
3. 私は自分の任意でこの文書に署名することにより、CalWORKs・CalFreshの資格喪失に関する行政措置についての聴聞会を開催する権利を放棄することに合意したとみなされることを意味すること。
4. 私がこの棄権証書に署名しても、気が変わった場合、署名した日から7労働数日以内に州聴聞会部門のフリーダイヤル（800）743-8525に電話連絡を入れ通知することによりADHを開くことができること。

このフォームの意味が理解できない場合は、署名をしないでください!

被審人の署名	日付
世帯主（Head of Household、HOH）・親族である介護者（Caretaker Relative、CR）の署名（HOH・CRでない場合はこれらの人によって署名されなければなりません。）	日付

この棄権証書に署名した後、同封されてきた封筒に入れ、返送してください。

もし、ADHもしくはこの棄権依頼書について質問がある場合や更なる情報が必要な場合は、郡のフリーダイヤル _____ までお掛けになり代表担当官の _____ を問い合わせてください。聴聞会の段取りについては（800）743-8525まで問い合わせてください。