

郡名:

# CALFRESHに関する過払いの通告 行政上の誤り(AE)に対して限定

通知日: \_\_\_\_\_  
ケース \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
番号 \_\_\_\_\_  
ワーカー \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
番号 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

「  
」

州査問会この行政措置が誤りであると貴方様によって判断される場合、州査問会を要請することが可能です。このページの裏側に説明されています。有効期間終了に関する措置がとられる前に、査問会の実施を依頼されますと、あなたのCalFresh(食費助成)支給が変更されることはありません。

過払いによるCalFresh給付金が下記の当事者等に対して支給されたものとします。

- 貴方様の世帯
- 貴方様によって資金援助された世帯

理由:

未報告の勤労所得は、20%の控除額に対して適していません。CalFreshに関する追加給付金の\$ \_\_\_\_\_ は、\_\_\_\_\_ の期間に亘り支給されたものとします。

本件の世帯は、CalFresh給付金の\$ \_\_\_\_\_ を受給したものとします。

本件の世帯は、CalFresh給付金の\$ \_\_\_\_\_ を受給するべきであったものとします。\$ \_\_\_\_\_ (CalFreshに関する追加給付金)は、貴方様が受給した金額から貴方様が受給するべきであった金額を差し引いた金額です。

行政機関である我々が未払金の一部の返済を受理したという理由から、この金額は\$ \_\_\_\_\_ まで減額されたものとします。現在の未払金は\$ \_\_\_\_\_ です。

この通告に添付された精算表によってどのように行政機関である我々が追加金額を計算したのかについて参照してください。

## 返済

貴方様は、CalFreshに関する追加給付金を返済しなければならないものとします。

- 貴方様は、CalFreshに関する追加給付金の全額を支払うことができます。もしくは
- 同封された返済契約(CF 377.7E1)の用紙に記入、署名し、その用紙を返送するとともに、合意に従って支払いを行ってください。または
- 貴方様がこの通告日から30日以内において本契約に署名しない場合、本契約を返送しない場合、更に貴方様がCalFresh給付金を受給している場合、行政機関である我々は貴方様の給付金から徴収するものとします。
  - この過払いに対する返済を目的として、受給しているSSI給付金を利用しないでください。
  - 過払いが生ずる場合、世帯の全ての成人からの徴収が実施されます。
  - CalFresh給付金を受理していない場合、行政上の誤りによる過払いが\$125を上回る際にその過払いが返済されなければならないものとします。

## 徴収活動の可能性:

- 貴方様による返済契約は、郡の行政機関によって算出される貴方様の現在の支払い能力に基づきます。貴方様の支払い能力における変更のために、貴方様の毎月の支払金額が変更される場合があります。
- 貴方様が返済しない場合、郡の行政機関は、裁判所、他の徴収局の手段を通じて、および連邦政府の徴収活動等によって未払金を徴収する他の手段を講ずることができます。
- この誤りが裁判所または査問会によって以降に審査され、貴方様の過失であると判断される場合、未払金の返済に合意する場合であっても処罰が適用されます。
- 本件の債権が不履行に陥り、世帯が訴訟提起を受ける場合、貴方様は法的手続きに関する追加費用あるいは訴訟費用に服する場合があります。
- 貴方様が未払金を返済しない場合、郡の行政機関は貴方様の州/連邦所得税の還付金を取得することができるとともに、および/あるいは貴方様の賃金もしくは貴方様によって所有されている財産を差し押さえることを目的として裁判所に要請することができます。

ルール: 以上の重要事項の適用規定: MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. 貴方様は、福祉局でこれらのルールを検討することができます。

何かご質問がありますか? 職員に尋ねてください。

警告: この過払いが何らかの誤りであると貴方様によって判断される場合、これが査問会を要請する最後の機会となります。CalFreshを継続する場合、郡の行政機関は、貴方様の毎月の給付金を引き下げることにより、その過払いを徴収することができます。この過払いが返済される以前にCalFreshの利用を停止するとともに、返済の手続きを実施しない場合、郡の行政機関は、法律によって認可されるように、貴方様の州/連邦所得税の還付金から未払金を取得することができます。

## 公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

**Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh、またはChild Careに対する決定の前に公聴会を求めると…**

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っているCash Aid、CalFresh、またはChild Careサービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します：  Cash Aid

CalFresh  Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

### Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

### Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、あなたはCal-Learnプログラムに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは、承認された活動だけです。

### その他の情報

#### Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスにお問い合わせください。

**養育・医療支援 (Child and/or Medical Support):** あなたが補助金を受けていない場合でも、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることになります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

**家族計画 (Family Planning):** 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴会はファイルを準備します。

あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。 (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

NA BACK 9 (Japanese) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2013) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

## 公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。  
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル1-800-952-5253または聴覚・言語が不自由でTDDを利用される方は1-800-952-8349にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

### 公聴会の要請

私の下記の事柄について \_\_\_\_\_ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid  CalFresh  Medi-Cal

その他 (リストにして記載) \_\_\_\_\_

公聴会希望の理由： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： \_\_\_\_\_

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

STREET ADDRESS (所在地住所) \_\_\_\_\_

CITY (市) \_\_\_\_\_ STATE (州) \_\_\_\_\_ ZIP CODE (郵便番号) \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

この書類を記入した者の氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

STREET ADDRESS (所在地住所) \_\_\_\_\_

CITY (市) \_\_\_\_\_ STATE (州) \_\_\_\_\_ ZIP CODE (郵便番号) \_\_\_\_\_