

CALFRESHに関する返済契約 行政上の誤りに対して限定

氏名

ケースの番号

職員

住所

ケースの名称

契約条件 - 郡の福祉局は、貴方様のCalFresh給付金の金額について誤りを犯したものとします。貴方様は、ここに列挙された1つまたは複数の方法によって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。

- 一括払い** - 貴方様は現金および/あるいはCalFresh 給付金により、未払金の全額を一括で返済することができます。
- 給付金の減額** - 現在、貴方様が既にCalFresh給付金を受給している場合、未払金の全額あるいはその一部のために貴方様の世帯の給付金を減額させることにより返済することができます。貴方様は、減額される金額自体について行政機関である我々と議論することができます。
- 分割払い** - 貴方様は、現金あるいはCalFresh給付金により、毎月の分割払いによって未払金を返済することができます。

4. 返済の命令

- 裁判所または行政法判事は、下記に指示されるように貴方様が返済しなければならないという命令を下したものとします。これらの返済条件は、貴方様もしくは郡の行政機関によって変更されないものとします。

この契約の条件について依然として行政機関から説明を受けていない場合、あるいは質問等がある場合、_____で福祉徴収官に連絡して下さい。

本契約に記入し、署名した後、提供された封筒によって郡の行政機関に対して全ての写しを返送してください。この契約の用紙と共に現金またはCalFresh給付金を郵送しないでください。郡の行政機関によって承認される際、本契約の署名済みの写しが貴方様に対して送付されます。

契約

私、すなわち_____は、\$ _____のCalFreshに関する追加給付金が郡の行政機関による誤りを原因として過払いされたという理由から、本契約が私および_____郡の行政機関の間で締結されることについて把握します。私は、下記で確認される方法(等)によってこの金額を返済することについて合意します。

- 一括払い
- 私は、_____において支払期限となる支払金\$ _____を現金で一括払いによって返済します。
- 私は、_____において支払期限となる支払金\$ _____をCalFresh給付金の一括払いによって返済します。
- 給付金の減額
- 私は、_____から毎月\$ _____の支払いによって私の世帯の給付金を減額させることにより返済します。
- 分割払い
- 私は、_____から毎月_____日において支払期限となる支払金\$ _____を毎月の分割払いによって返済します。
- 私は、_____から毎月_____日において支払期限となる支払金\$ _____をCalFresh給付金の毎月の支払いによって返済します。

更に、私は下記の事項について把握および合意します。

- 私による返済計画は、郡の行政機関によって算出される私の現在の支払い能力に基づきます。私の支払い能力における変更のために、私の毎月の支払金額が変更される場合があります。
- 何らかの変更がある場合、私は、上記で確認された条件を再検討するように郡の行政機関に対して要請することができます。
- 私が合意に従い未払金を支払わない場合、更に私が新しい返済計画を受け入れない場合、郡の行政機関は、未払金の全額を直ぐに支払うように要請することができます。
- 私が合意に従い未払金を支払わない場合、更に郡の行政機関が未払金の徴収を目的として私に対して訴訟を提起する場合、私は徴収費用、弁護士費用および訴訟費用の支払いを要請される場合があります。
- 私が支払わない場合、郡の行政機関は私の州/連邦所得税の還付金を取得できるとともに、および/あるいは私の賃金もしくは私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。
- 支払金が支払日までに受理されず、本件の債権が不履行に陥る場合、私は強制的な徴収活動(等)に服するものとします。

署名

日付

郡

To be completed by the county (郡による記入):

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)