

ЗАПРОС НА ДОБРОВОЛЬНОЕ ПОГАШЕНИЕ ЗАДОЛЖЕННОСТИ ПРОГРАММЕ CALWORKS

Имя дела _____ Номер дела _____

Дата рождения _____ Последние 4 цифры SSN _____

_____ числа вам сообщили, что вам переплатили льготы программы трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии (CaWORKs):

Все или часть платежей программы CaWORKs, которые вы получили за месяц(ы) с _____ по _____ являются переплатой. Вы получаете эту форму, потому что все нижеуказанное относится к вам:

- Вы получили эту форму после объяснения округом переплаты; и
- Округ не просил вас делать добровольные выплаты; но вы попросили сделать добровольные выплаты.
- Вы можете добровольно выплатить часть или всю сумму переплаты. Сумма переплаты \$ _____. Вы делаете одноразовый месячный (отметьте одно) добровольный платеж на сумму \$ _____. Метод выплаты: Чек Наличные EBT. Вы можете прекратить добровольные выплаты в любое время. Если вы решите прекратить ваши добровольные платежи, округ может взимать остальную сумму задолженности.

Если вы согласны на добровольную выплату, вы можете выслать чек или денежный перевод (money order) по указанному ниже адресу. Пожалуйста, укажите на вашем чеке или денежном переводе номер вашего дела. Платежи должны быть высланы по адресу:

Контактное лицо округа:

Департамент округа/Районный офис:

Адрес:

Город, штат, почтовый индекс:

ИЛИ

Если вы хотите, чтобы деньги были удержаны один раз непосредственно с вашего счета EBT, пожалуйста, укажите, какую сумму удержать из вашего счета программы CaWORKs EBT и подпишите и поставьте дату ниже.

\$ _____
Сумма _____ Подпись _____ Дата _____

Номер карты EBT : _____ Номер иска переплаты: _____

Подписывая эту форму, я понимаю, что я даю разрешение Округу удерживать фонды с моего счета EBT для выплаты переплаченной суммы. Я удостоверяю, что я являюсь владельцем карты EBT этого счета. Я понимаю, что являюсь владельцем карты EBT, я имею право разрешить платеж с этого счета, для выплаты переплаченной суммы. Я понимаю, что погашение переплаты используя средства счета EBT добровольно и я даю свое согласие на использование льгот CaWORKs с этого счета для погашения переплаты. Я понимаю, что этот договор может быть изменен или прекращен в любой момент по моему требованию. Если у вас есть любые вопросы о том, как эта переплата была рассчитана или о договоренности погашения, пожалуйста, звоните:

_____ по номеру _____
Имя работника _____ Номер телефона работника _____

County Only Section (Для служебного пользования)

Benefits withdrawn from Cash EBT account for cash overpayment:

Claim: _____ in the amount of \$ _____.

Worker name: _____

Worker signature: _____

Worker number: _____

Date: _____