

CONVENIO PARA EL REEMBOLSO DE CAL FRESH SOLAMENTE POR ERRORES ADMINISTRATIVOS

NÚMERO DEL CASO
TRABAJADOR
NOMBRE DEL CASO

NOMBRE
DIRECCIÓN

TÉRMINOS Y CONDICIONES – El departamento de bienestar público del Condado cometió un error en la cantidad de beneficios CalFresh que le dio a usted. Usted tiene que reembolsar los beneficios extra de CalFresh que recibió usando uno o varios de los métodos que se enumeran a continuación:

- Un pago Único** - Puede reembolsar toda la cantidad que debe haciendo un pago único en efectivo y/o con beneficios de CalFresh.
- Reducción de beneficios** - Si actualmente recibe beneficios de CalFresh, puede hacer el reembolso pidiendo que se reduzcan los beneficios de su grupo para fines de CalFresh (grupo) para pagar toda o parte de la cantidad que debe. Tal vez quisiera hablar con nosotros sobre la cantidad que se va a reducir.
- Pagos mensuales (abonos)** - Puede reembolsar la cantidad que debe haciendo pagos mensuales en efectivo y/o con beneficios de CalFresh.
- Reembolso que se ordena**
 La corte, o el juez de leyes administrativas, ordenó que usted hiciera el reembolso de la manera en que se indica a continuación. Ni usted ni el Condado pueden cambiar estos términos de reembolso.

Si todavía no hemos hablado con usted sobre los términos de este convenio, o si tiene preguntas, llame al cobrador de bienestar público al _____.

Una vez que complete y firme este convenio, devuelva todas las copias al Condado en el sobre que se le proporciona. No envíe dinero en efectivo ni beneficios de CalFresh por correo con este convenio. Cuando el Condado apruebe el convenio, se le enviará una copia firmada del mismo.

CONVENIO

Yo, _____, entiendo que este convenio es entre el Condado de _____ y yo porque se me dieron \$_____ de más en beneficios CalFresh debido a un error que cometió el Condado. Estoy de acuerdo en reembolsar esta cantidad por medio de los métodos marcados a continuación:

- Un pago único
 - Haré el reembolso por medio de un pago único en efectivo de \$_____, el cual se vence en _____.
 - Haré el reembolso con beneficios de CalFresh, por medio de un pago único de \$_____, el cual se vence en _____.
- Reducción de beneficios
 - Haré el reembolso por medio de una reducción en los beneficios de mi grupo en la cantidad de \$_____ cada mes, comenzando en _____.
- Pagos mensuales (abonos)
 - Haré el reembolso por medio de pagos mensuales en efectivo de \$_____, los cuales se vencen el día _____ de cada mes, comenzando en _____.
 - Haré el reembolso con beneficios de CalFresh, por medio de pagos mensuales de \$_____, los cuales se vencen el día _____ de cada mes, comenzando en _____.

También entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Mi plan para hacer el reembolso se basa en mi capacidad actual para pagar de la forma en que lo calcule el Condado. Es posible que cualquier cambio en mi capacidad para pagar cambie mis pagos mensuales.
- Si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a considerar los términos de reembolso marcados arriba.
- Si no pago de la forma convenida, y no obtengo un nuevo plan de pagos, el Condado puede requerir que se pague inmediatamente toda la cantidad que se debe.
- Si no pago de la forma convenida y el Condado me demanda para recuperar la cantidad que se debe, tal vez también se me requiera que pague los gastos de agencias de cobros, los honorarios de abogados y los costos de la corte.
- Si no pago, el condado puede interceptar mi devolución federal/estatal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar mi sueldo o cualquier otra propiedad que yo posea.
- Si el pago no se recibe antes de la fecha en que se vence, la cuenta se considerará atrasada y seré sujeto a una acción de cobros involuntaria.

FIRMA	FECHA	CONDADO
-------	-------	---------

To be completed by the county: (Esta sección la completará el Condado.)

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)