

SOLICITUD DE REEMBOLSO VOLUNTARIO PARA CALWORKS

Nombre del caso _____ Número del caso _____

Fecha de nacimiento _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social _____

En _____, a usted se le notificó que recibió pagos excesivos del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs):

Todo o parte de su pago de CalWORKs que recibió para el mes (o meses) de _____ a _____ es un pago excesivo. Usted recibió este formulario por las siguientes razones:

- Usted recibió este formulario después de una explicación del Condado sobre el pago excesivo; y
- El Condado no le pidió que hiciera pagos voluntariamente; sin embargo, usted pidió poder hacer pagos voluntariamente.
- Usted puede ofrecer voluntariamente el reembolsar todo o parte del pago excesivo. La cantidad del pago excesivo es de \$_____. Usted hará un pago único mensual (marque uno) de reembolso voluntario por \$_____. Método del reembolso: Cheque Efectivo EBT. Usted puede parar sus pagos voluntarios en cualquier momento. Si decide parar sus pagos voluntarios, el Condado puede enviarle cobros por el resto de su pago excesivo.

Si usted está de acuerdo con el reembolso voluntario, puede enviar un cheque o giro postal a la dirección que aparece enseguida. Por favor incluya su número del caso en su cheque o giro postal. Los pagos deben ser enviados a:

Nombre de la persona contacto del Condado:

Oficina del departamento/distrito del Condado:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

O

Si quiere que le retiren dinero directamente de su cuenta EBT una sola vez, por favor anote la cantidad que le gustaría que le retiren de su cuenta EBT de CalWORKs, y firme y anote la fecha enseguida.

\$ _____ Cantidad _____ Firma _____ Fecha _____

Número de tarjeta EBT: _____ Número de reclamo por pago excesivo: _____

Al firmar este formulario, entiendo que autorizo al Condado a que deduzca fondos de mi cuenta EBT para reembolsar mi pago excesivo. Certifico que soy el titular de la tarjeta EBT de esta cuenta. Entiendo que como titular de una tarjeta EBT tengo la autoridad para autorizar pagos de esta cuenta para pagar un pago excesivo. Entiendo que el reembolso de un pago excesivo usando los fondos de una cuenta EBT es una acción voluntaria, y doy mi consentimiento para usar los beneficios de CalWORKs de esta cuenta para reembolsar pagos excesivos de beneficios. Entiendo que este acuerdo puede ser ajustado o terminado en cualquier momento futuro a petición mía. Si tiene cualquier pregunta acerca de cómo se calculó el pago excesivo o acerca de un acuerdo para el reembolso, llame por favor a:

_____ al _____
Nombre del trabajador Número de teléfono del trabajador

County Only Section (Para uso del Condado solamente)

Benefits withdrawn from Cash EBT account for cash overpayment:

Claim: _____ in the amount of \$_____.

Worker name: _____

Worker signature: _____

Worker number: _____

Date: _____