

NOTICE OF FORM CHANGE NO.

DATE

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices

District Attorney

Private and Public Adoption Agencies

Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

ORDER UNIT	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM-	REQUIRED FORM-		
<input type="checkbox"/> No Change Permitted	<input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval		<input type="checkbox"/> Recommended Form
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted

Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse

Use new form effective _____

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.

Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

FOOD STAMP REPAYMENT AGREEMENT FOR INADVERTENT HOUSEHOLD ERRORS ONLY

CASE NUMBER

WORKER

NAME

CASE NAME

ADDRESS

TERMS AND CONDITIONS

You or a member of your household made a mistake.

You must repay extra food stamp benefits by using one or more methods listed here:

- Lump Sum Payment** - You may repay in full the amount owed at one time with cash and/or food stamp benefits.
- Benefit Reduction** - If you are getting food stamp benefits now, you may repay by having your household's benefits reduced for all or part of the amount owed. Repayment by this method will be 10% of your monthly benefit or \$10 each month, whichever is more.
- Installments** - You may repay the amount owed in monthly payments with cash and/or with food stamp benefits.

4. Ordered Repayment

- The court or Administrative Law Judge ordered that you repay as indicated below. These repayment terms cannot be changed by you or by the county.

If we have not already talked to you about the terms of this Agreement, or if you have any questions, call the welfare collector at _____.

After you complete and sign this Agreement, return all copies to the county in the envelope provided. Do not send cash or food stamp benefits through the mail with this Agreement. When approved by the county, a signed copy of this Agreement will be sent to you.

AGREEMENT

I, _____, understand this Agreement is between me and _____ County because extra food stamps in the amount of \$ _____ were issued. I agree to repay this amount by the method(s) checked below:

- Lump Sum Payment
- I will repay by a lump sum cash payment of \$ _____ due on _____.
- I will repay by a lump sum food stamp benefit payment of \$ _____ due on _____.
- Benefit Reduction
- I will repay by having my household's benefits reduced by \$ _____ each month, beginning _____.
- Installments
- I will repay by monthly cash payments of \$ _____ due on the _____ day of each month beginning _____.
- I will repay by monthly food stamp benefit payments of \$ _____ due on the _____ day of each month beginning _____.

I also understand and agree that:

- My repayment schedule is based on my current ability to pay as figured by the county. Any changes in my ability to pay may change my monthly payments.
- If anything changes, I may ask the county to refigure the terms checked above.
- If I do not pay as agreed and I do not get a new payment schedule, the county may ask that the total amount owed be paid now.
- If I do not pay as agreed and the county sues me to collect the amount owed, I may also be required to pay collection costs, attorney fees, and court costs.
- If I do not pay, the county may take my state/federal income tax refund and/or ask the court to attach my wages or any property I own.
- I will be subject to involuntary collection action(s) if payment is not received by the due date and the claim becomes delinquent.
- If this inadvertent household error is later found to be an intentional program violation, penalties will apply even if I pay back what I owe.

Signature

Date

County

To be completed by the county:

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)

CONVENIO PARA EL REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR ERRORES NO INTENCIONALES DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

NUMERO DEL CASO
TRABAJADOR
NOMBRE DEL CASO

NOMBRE _____ DIRECCION _____

TERMINOS Y CONDICIONES

Usted o un miembro de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) cometió un error. Usted tiene que reembolsar los beneficios extras de estampillas para comida siguiendo uno o varios de los métodos que se describen a continuación:

- Pago global** - Puede reembolsar la cantidad completa que debe haciendo solamente un pago en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
- Reducción de beneficios** - Si actualmente recibe estampillas para comida, puede pedir que se reduzcan los beneficios de su grupo para reembolsar toda o parte de la cantidad que debe. El reembolso usando este método será el 10% de su pago mensual o \$10 cada mes, lo que sea más.
- Pagos mensuales (Abonos)** - Puede reembolsar la cantidad que debe haciendo pagos mensuales en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
- Reembolso que se le ha ordenado**
 La corte o el juez de leyes administrativas ordenó que usted reembolse la cantidad que debe según 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 alguna pregunta, hable con el cobrador de asistencia pública al _____.

Una vez que complete y firme este convenio, devuelva todas las copias al Condado en el sobre que se proporciona. Al enviar este convenio por correo no incluya dinero en efectivo ni estampillas para comida. Cuando lo apruebe el Condado, se le enviará una copia firmada del convenio.

CONVENIO

Yo, _____, entiendo que este convenio es entre el Condado de _____ y yo, debido a que se me emitieron estampillas para comida extras por la cantidad de \$_____. Estoy de acuerdo en reembolsar esta cantidad según los métodos marcados a continuación:

- Pago global
 - Haré el reembolso por medio de un pago global de \$_____ en efectivo que se vence el _____.
 - Haré el reembolso por medio de un pago global de \$_____ en beneficios de estampillas para comida que se vence el _____.
- Reducción de beneficios
 - Haré el reembolso por medio de una reducción mensual en los beneficios de mi grupo de \$_____ comenzando el _____.
- Pagos mensuales (abonos)
 - Haré el reembolso en pagos mensuales de \$_____ en efectivo que se vencen el día ____ de cada mes comenzando el _____.
 - Haré el reembolso en pagos mensuales de \$_____ en beneficios de estampillas para comida que se vencen el día ____ de cada mes comenzando el _____.

También entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Mi plan para hacer el reembolso se basa en mi capacidad actual para pagar según la calcule el Condado. Cualquier cambio en mi capacidad para pagar pudiera cambiar mis pagos mensuales.
- Si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a considerar los términos marcados arriba.
- Si no pago en la forma convenida y no hago un nuevo plan de pagos, el Condado puede requerir que se pague ahora toda la cantidad que se debe.
- Si no pago en la forma convenida y el Condado presenta una demanda en contra de mí para cobrar la cantidad que debo, es posible que también se me requiera que pague costos de cobranza, honorarios de abogado, y gastos de la corte.
- Si no pago, el Condado puede tomar mi devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos y/o pedir a la corte que embargue mi sueldo o cualquier otra clase de propiedad que yo posea.
- Si no se recibe el pago para la fecha en que se vence, el pago se considerará atrasado y yo estaré sujeto a una acción que me obligue a pagarlo.
- Si más tarde se determina que este error no intencional del grupo es en realidad una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando yo reembolse lo que debo.

Firma _____ Fecha _____ Condado _____

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

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)