

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-252**

DATE

08-30-2004

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 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 **DFA 377.7E (7/04) English and Spanish  
Food Stamp Repayment Agreement For Administrative Errors Only**

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 7/04	REPLACES 4/02	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse  
P.O. Box 980788  
West Sacramento, CA 95798-0788**

 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

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one sided.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# FOOD STAMP REPAYMENT AGREEMENT FOR ADMINISTRATIVE ERRORS ONLY

CASE NUMBER

WORKER

NAME

CASE NAME

ADDRESS

**TERMS AND CONDITIONS** – The County Welfare Department made a mistake in the amount of your food stamps. You do not have to agree to benefit reduction unless you want to repay this way. If you do, you must sign this agreement. See attached REPAYMENT NOTICE (DFA 377.7D).

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

1. Lump Sum Payment - You may repay all or part of the amount owed at one time with cash and/or food stamp benefits.
2. 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. You may wish to talk to us about the amount to be reduced.
3. Installments - You may repay all or part of the amount owed in monthly payments with cash and/or 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 overissued due to the county's error. 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:

1. 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.
2. If anything changes I may ask the county to refigure the repayment terms checked above.
3. 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.

Signature

Date

County

### To be completed by the county:

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

\_\_\_\_\_  
(Signature of Authorized County Official)

# CONVENIO PARA EL REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR ERRORES DE OFICINA

NUMERO DEL CASO
TRABAJADOR
NOMBRE DEL CASO

NOMBRE \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_

**TERMINOS Y CONDICIONES** – El departamento de bienestar público del Condado cometió un error en la cantidad de estampillas para comida que le dio a usted. Usted no tiene que convenir en que le reduzcan sus beneficios, a menos que quiera hacer el reembolso de esta manera. Si quiere hacer el reembolso por medio de la reducción de sus beneficios, tiene que firmar este convenio. Vea el formulario que se adjunta, "Notificación acerca del reembolso de estampillas para comida solamente por errores de oficina" (DFA 377.7D).  
 Usted puede reembolsar la emisión excesiva de beneficios de estampillas para comida que recibió usando uno o varios de los métodos que se enumeran a continuación:

1. Pago global - Puede reembolsar toda o parte de la cantidad que debe haciendo un pago global en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
2. Reducción de beneficios - Si actualmente recibe beneficios de estampillas para comida, puede hacer el reembolso pidiendo que se reduzcan los beneficios de su grupo para fines de estampillas para comida (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.
3. Pagos mensuales (abonos) - Puede reembolsar toda o parte de la cantidad que debe haciendo pagos mensuales en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
4. 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 estampillas para comida 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 estampillas para comida debido a un error que cometió el Condado. Estoy de acuerdo en reembolsar esta cantidad por medio de los métodos marcados a continuación:

- Pago global
  - Haré el reembolso por medio de un pago global en efectivo de \$\_\_\_\_\_, el cual se vence en \_\_\_\_\_.
  - Haré el reembolso con beneficios de estampillas para comida, por medio de un pago global 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 estampillas para comida, 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:**

1. 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.
2. Si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a considerar los términos de reembolso marcados arriba.
3. 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.

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: (Los pagos se deben hacer en:)

\_\_\_\_\_  
 (Signature of Authorized County Official)