

CALFRESH 환불 통지서

수혜 가족의 부주의한 실수로 발생한 경우

최종 통지서

통지 일자 : _____
사례 이름 : _____
번호 : _____
직원 이름 : _____
번호 : _____
전화 : _____
주소 : _____

(수취인)

궁금한 점이 있으십니까? 담당 직원에게 문의하십시오.

주 심의회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우, 귀하가 상환해야 할 금액에 대한 심의회가 아직 개최되지 않았다면 심의회를 요청할 수 있습니다. 본 페이지 뒷면에 그 방법이 설명되어 있습니다. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 귀하의 혜택은 변경되지 않을 수 있습니다.

귀하 또는 귀 가족의 한 구성원이 신고한 내용에 오류가 있었습니다. 저희는 다음의 개인에게 지급된 가외의 CalFresh 혜택을 상환해야 함을 이미 알려드린 바 있습니다.

- 귀하.
- _____, 귀하가 보증한 사람.

환불해야 할 금액 \$ _____.

경고: 본 초과 지급 건이 잘못된 것이라고 생각하는 경우, 심의회를 요청할 수 있는 기회는 이번이 마지막입니다. 귀하가 CalFresh 프로그램에 계속 남는 경우, 카운티는 초과 지급분을 징수하기 위해 귀하의 CalFresh 혜택을 삭감할 수 있습니다. 귀하가 초과 지급분을 상환하기 전에 CalFresh 프로그램에서 탈퇴하는 경우, 카운티는 귀하의 소득세 환급금에서 빚진 금액을 가져갈 수 있습니다.

- 귀하는 다음 환불에 대해 동의하지 않았습니다.
 - 귀하가 전액 환불하실 수 있습니다. 혹은
 - 동봉한 환불 합의서(CF 377.7C)에 귀하가 동의한 조건에 따라 가외의 CalFresh 혜택을 환불하실 수 있습니다.
 - 동봉한 환불 합의서를 작성하고 서명한 후 반송합니다.
 - 귀하의 환불 합의 조건은 카운티에서 계산한 귀하의 현재 지불 능력을 기준으로 합니다. 귀하의 지불 능력에 변동이 있는 경우 귀하의 월 납입액을 변경할 수 있습니다.
 - 본 초과 지급분을 환불하는 데 SSI 수당을 사용할 필요는 없습니다.
 - 이러한 부주의로 인한 신고 오류가 고의적인 프로그램 위반인 것이 나중에 확인되면, 귀하가 빚진 금액을 환불하는 데 동의했더라도 페널티가 적용될 것입니다.
 - 귀하가 지불에 동의하지 않은 경우, 카운티는 법원을 통한 방법 등과 같이 빚진 금액을 징수하기 위해 다른 방법을 사용할 수 있습니다.
 - 지불해야 할 금액에 대해 카운티가 귀하를 고소하는 경우, 귀하에게도 소송 비용 지불을 요구할 수 있습니다.
 - 귀하가 빚진 금액을 지불하지 않은 경우, 카운티가 귀하의 주 소득세 환급금을 가져가거나, 법원에 요청하여 임금 또는 소유한 재산을 압류할 수 있습니다.

- 귀하는 동의한 대로 상환하지 않았습니다.
 - 귀하가 동의한 대로 지불할 수 없을 때 저희에게 알려주셔야 합니다. 지불할 수 없는 이유를 설명해야 하며, 카운티에 새로운 상환 계획을 고안하도록 요청할 수 있습니다.
 - 동봉한 환불 합의서(CF 377.7C)를 작성, 서명한 후 반송합니다.
 - 귀하가 CalFresh 혜택을 받고 있고 본 통지서의 날짜 이후 10일 이내에 새로운 환불 합의서를 보내지 않으면, 귀 가족의 혜택은 _____ 부터 \$ _____ 로 줄어들 것입니다.
 - 귀하가 동의한 대로 지불하지 않고 새로운 상환 계획도 없는 경우, 카운티에서는 빚진 금액 전체를 즉시 상환하도록 요청할 수 있습니다.
 - 이러한 부주의로 인한 신고 오류가 고의적인 프로그램 위반인 것이 나중에 확인되면, 귀하가 빚진 금액을 상환하는 데 동의했더라도 페널티가 적용될 것입니다.
 - 귀하가 동의한 대로 지불하지 않은 경우, 카운티는 법원을 통한 방법 등과 같이 빚진 금액을 징수하기 위해 다른 방법을 사용할 수 있습니다.
 - 지불해야 할 금액에 대해 카운티가 귀하를 고소하는 경우, 귀하에게도 소송 비용 지불을 요구할 수 있습니다.
 - 귀하가 동의한 대로 지불하지 않은 경우, 카운티가 귀하의 주 소득세 환급금을 가져가거나, 법원에 요청하여 임금 또는 소유한 재산을 압류할 수 있습니다.

규정: 다음 규정이 적용되며, 자세한 사항은 담당 복지 사무소에서 확인할 수 있습니다. MPP 63-801.21

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 것입니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

Cash Aid (현금 보조) CalFresh

Medi-Cal (메디칼)

기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

- 공란이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.
- 본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 작성한 사람의 이름 _____ 전화번호 _____

- 본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화번호 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____