郡

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

糧食券償還通知
只針對家屬疏忽造成的錯誤

通知日期 : _____
案件姓名 : _____
號碼 : _____
工作員姓名 : _____
號碼 : _____
電話 : _____
地址 : _____

(ADDRESSEE)

有問題嗎? 請洽詢你的工作員。

州聽證： 假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。除非有關你所欠金額的事項已經有過聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利可能不會改變。

你的家人犯了錯誤。

過多的糧食券已經發給：

☐ 你的家庭。
☐ 你所擔保的家庭。

理由在於：

這個家庭領取了$_____的糧食券。
這個家庭應該領取$ _____ 的糧食券。你領到的減去你應該領取的金額是$_____ (超額糧食券)。

你必須償還超額的糧食券。

在_____ 期間, 已頒發給你金額為$_____的超額糧食券。 這筆金額要減去$ _____ ，因為我們欠了這個家庭過去幾個月的福利，或是我們已經收到部份你所欠金額的償還費。現在你欠$ _____ 。

- 你不必使用你所領取的社會保險金(SSI)福利來償還這筆超額付款。
- 假如你認為你收到超額糧食券是因為郡福利處造成的錯誤，你可以請求聽證。
- 如果我們認為你沒有能力償還欠款的話，聯邦管理規則規定我們必須設定規條放棄追索你超額款項。我們只放棄追索因郡政府錯誤而造成超額發放的那部份款項。

  假如行政法官(ALJ)判定發給你超額的糧食券是郡福利處造成的錯誤，郡福利處將以削減你每月糧食券的配額5%或$10.00視哪一筆較大，來追討超額付款，總共時間不超過36個月。在追討期結束時，任何剩餘的超額發放結欠額將被放棄追索，並且不再索付。
- 超額追討是向在超額發放時家中所有的成人追討的。

你必須做到：

或者全部付清，或者將附上的償還協議書(DFA 377.7C) 填妥，簽名後寄回，按照所同意的方式付款。

政府福利計畫的行動：

- 你的償還協議將根據郡政府計算的你目前的支付能力。你支付能力的任何變化可以改變你每月的付款金額。
- 假如你在這份通知發出日期後的三十天內不簽署並寄回協議書的話，你領取的糧食券金額將會被減少_____%，自_____開始。
- 假如你不償還的話，郡政府可以採取其他方式追討所欠金額，如透過法庭，或其他追討機構以及透過聯邦政府的追討行動。
- 假如這一條家屬疏忽造成的錯誤以後被發現屬蓄意觸犯福利計畫條例的話，即使你同意償還你所欠的錢，還是要受罰。
- 假如這筆追款變成過期不付或你家庭因此被告上法庭的話，你可能要承擔額外的手續費或法庭費用。
- 假如你不償還所欠金額的話，郡政府可以拿取你州政府/聯邦政府所得稅退稅和/或要求法庭扣留你的工資或任何你擁有的產業。

警告： 假如你認為這項超額發放是錯誤的話， 這是你最後的機會請求聽證。 假如你繼續領取糧食券，郡政府將削減你的糧食券，以追討此超額發放。假如你在還清超額發放以前不再領取糧食券的話，郡政府可以從你的所得稅退稅中拿取你所欠的錢。

法規： 這些條例適用：MPP 63-801.21, Lomeli v. Saenz and Duarte v. Saenz 。你可以在你的福利辦事處查閱。

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal 將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。
若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： ☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將以通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn):

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加Cal-Learn計劃。
- 我們只為被批准的活動支付Cal-Learn協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養費和／或醫藥方面撫養費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的撫養費。但他們將保留收取到的欠郡政府過期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你要索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。 **(W&I Code Sections 10850 和 10950.)**

若要請求聽證

- **填寫這一頁。**
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作員會給你一份本頁的副本。
- **請把這一頁寄至或送至：**

或者

- **打免費電話： 1-800-952-5253** 或者對聽或說有障礙，使用聾者電傳機(TDD) 的人，打**1-800-952-8349**。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

☐ 現金補助 ☐ 糧食券 ☐ Medi-Cal

☐ 其他（請列出）_____

理由在於：_____

☐ **假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。**

☐ 我需要州政府提供我一位不需要我付費的翻譯員。（你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。）
我的語言或方言是：_____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期 | 電話號碼

街道地址

城市 | 州 | 郵遞號碼

簽名 | 日期

填寫此表格人姓名 | 電話號碼

☐ **我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。（這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。）**

姓名 | 電話號碼

街道地址

城市 | 州 | 郵遞號碼