

郡

故意のプログラム違反 (IPV) または 不注意の家庭エラー (IHE) から IPV へのステータス変更に関する CalFresh 払戻し通知書

通知日: _____
ケース名: _____
番号: _____
担当者名: _____
番号: _____
電話: _____
住所: _____

(ADDRESSEE)

ご質問は、担当者にお尋ねください。

州聴聞会: この過払いの原因に関する聴聞会が既に行われていない限り、この決定に関する聴聞会を請求することができます。あなたが払い戻すべきとされた CalFresh の新たな額が誤っていると思われる場合は、聴聞会を請求することができます。この用紙裏面に方法が記載されています。この決定が有効になる前に聴聞会を請求しても、給付が変更されない場合もあります。

次の者に対し CalFresh が過払いされています。

- あなたの家族
- あなたがスポンサーになっている家族

理由:

- あなたには、CalFresh の、この過払いが既に通知され、郡は、このために毎月の CalFresh を少なく給付することができましたがそうしてきませんでした。この件は、裁判所あるいは州の行政聴聞会で故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation: IPV) と決定されているか、あるいは、あなたは、資格喪失同意書 (Disqualification Consent Agreement) または資格喪失聴聞会権利放棄書 (Administrative Disqualification Hearing Waiver) に署名し、これは現在 IPV となっています。この通知は、あなたが払い戻すべき額に関する情報を通知するもので、以前に連絡された額より大きい場合があります。郡では、これまで、あなたの毎月の給付額の 10% または \$10 (大きい額) で過払いを回収しています。郡では、あなたの毎月の給付額の最大 20% または \$20 (大きい額) まで過払いを回収することができます。このためあなたの受給する CalFresh の額は変わる可能性があります。
- 未報告の勤労所得は 20% 減額の適用となりません。

あなたは過払いの CalFresh を払い戻す必要があります。
過払いの CalFresh \$ _____ が、期間
_____ 中に給付されました。

あなたの家族は、CalFresh \$ _____ を受給していました。

あなたの家族が本来受給すべき額は、CalFresh \$ _____ でした。\$ _____ (過払いの CalFresh) は、受給されたものから本来受給すべきであった額を差し引いたものです。

- 過去の月に未給付の給付があったため、この額は、\$ _____ 減額され、過払い額の一部が払い戻されています。
- あなたの場合、IPV となったため、過払いが再計算されたので、この額は、\$ _____ 増額されました。

あなたは、現在 \$ _____ を払い戻さなければなりません。

規則: これらの規則が該当しています: MPP 63-801.43, 63-801.23. 福祉事務所で確認することができます。

- この過払いの払い戻しに対し、受領する SSI 給付を当てる必要はありません。
- 過払いが発生した場合、家族の成人の分から回収されます。

過払いの金額の算出方法については、この通知に付属のワークシートでご確認ください。

次のどちらかを必ずしてください:

過払いの CalFresh 全額を払い戻すか、同封の Repayment Agreement (払戻し同意書 DFA 377.7G) の全項目を記入の上、署名してから返送し、同意書に従って払戻してください。

プログラムの決定:

- Repayment Agreement (払戻し同意書) は、郡の計算による、現在のあなたの返済能力に基づきます。あなたの返済能力に変更があれば、払戻し月額が変更される場合があります。
- この通知の日付から 30 日以内にこの同意書に署名・返送しない場合、あなたの CalFresh の給付額は _____ % _____ から減額されます。
- あなたが払い戻さない場合、郡は、法廷、回収機構、連邦政府回収命令など別の方法で払戻金を回収する場合があります。
- この故意のプログラム違反 (Intentional Program Violation) が不注意の家庭エラー (Inadvertent Household Error) であった場合、過払い額を支払うことに同意しても罰則が適用されます。
- この請求が遅延されたり、家庭が告発されると、追加の処理料金や法定費用を支払わなければならない場合があります。
- 払戻金が支払われない場合、郡は、州や連邦政府の所得税還付金を差し押さえたり、あなたの給与や所有資産を差し押さえたり法廷に訴える場合があります。

警告: この過払い決定が誤っていると思われる場合、これが聴聞会を請求する最後のチャンスとなります。CalFresh を継続して受給する場合、郡はあなたの CalFresh を減額し、超過分を回収する場合があります。超過分の払い戻しをせずに CalFresh の受給を取りやめた場合、郡は、あなたの州の所得税還付金から超過分を差し引くことができます。

公聴会に関する権利

郡の決定に異論がある場合、あなたには公聴会を求める権利があります。公聴会の請求期間は90日間のみです。この90日は、郡があなたにこの通知書を手渡すか郵送した翌日から計算します。90日以内に公聴会を申請できない正当な理由がある場合は、期限を過ぎても公聴会を申請できることがあります。正当な理由を伝えれば、公聴会の日取りを決めることができます。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFresh (旧名Food Stamps)、またはChild Careに対する決定の前に公聴会を求めると…

- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Cash AidまたはMedi-Calに変更はありません。
- 公聴会が実施されるまでの待機している間、Child Careサービスは変更されないこともあります。
- 公聴会実施まで、または認証期間が終了するまでの、いずれか早い時点までCalFresh (Food Stamps) は変更されません。

公聴会の結果、当局が正しいと判断された場合、すでに受け取っているCash Aid、CalFresh (旧名Food Stamps)、またはChild Careサービスについてあなたは払い戻しをする義務を負います。公聴会の前にあなたの給付の減額または中止を希望する場合は、以下の該当項目にチェック印を付けてください：

次の項目の減額または中止を希望します： Cash Aid

CalFresh (旧名Food Stamps) Child Care

下記の援助について公聴会の結果を待っている間の規定：

Welfare to Work:

活動に参加する必要はありません。

雇用、およびこの通知書を受け取る前に郡が認可した活動に対して養育用の支払金を受け取ることができます。

その他の支援サービスの支払金が停止されると当局が伝え場合、あなたが活動に参加しても、これ以上の支払金は受け取れません。

その他の支援サービスの支払金を当局が支払うと伝えた場合、その金額をこの通知書に述べた形で支払います。

- これらの支援サービスを受けるためには、郡当局があなたに出席するよう指示した活動に参加しなければなりません。
- 公聴会の結果を待っている間に郡が支払う支援サービスの金額が不十分で活動参加できない場合、活動へ出席を中止することができます。

Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、あなたはCal-Learnプログラムに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは、承認された活動だけです。

その他の情報

Medi-Cal管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):

この通知書に記載の活動で、あなたは管理ケアヘルス・プランからのサービスを受けられなくなることもあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン・メンバーシップ・サービスにお問い合わせください。

養育・医療支援 (Child and/or Medical Support): あなたが補助金を受けていない場合でも、児童養育費徴収局が無料で養育費徴収のお手伝いをします。徴収局が現在、あなたのために養育費の徴収を行っている場合は、あなたが書面でそれを中止するよう依頼しない限り、それを続けることとなります。徴収局は徴収した現在の養育費をあなたに送付しますが、郡に支払われるべき期限経過の金額は送付できません。

家族計画 (Family Planning): 質問があれば福祉事務所が情報を提供します。

公聴会ファイル：公聴会を求めた場合、州公聴部はファイルを準備します。あなたは公聴会が開始される前にこのファイルを閲覧し、公聴会の少なくとも2日前にあなたのケースに対する郡側の立場を記した文書の写しを取得する権利があります。州当局はあなたの公聴会ファイルを福祉課 (Welfare Department)、米国保健社会福祉省 (U.S. Departments of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することができます。

(W&I Code Sections 10850 and 10950.)

NA BACK 9 (Japanese) (REPLACES NA BACK 8 AND EP 5) (REVISED 4/2011) - REQUIRED FORM - NO SUBSTITUTE PERMITTED

公聴会を請求するには：

- このページに記入してください。
- 控え用に、このページの表面と裏面のコピーを取っておいてください。
お申し出いただければ、あなたを担当する福祉士がこのページをコピーいたします。
- このページを以下まで送付または持参してください：

または

- フリーダイヤル1-800-952-5253または聴覚・言語が不自由でTDDを利用される方は1-800-952-8349にお電話ください。

手助けが必要な場合：上記のフリーダイヤル番号で公聴会の権利や法的援助紹介について問い合わせることができます。お住まいの地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにおいて無料の法的援助を受けることも可能です。

公聴会に一人で出席したくない場合は友人や他の人を同伴しても構いません。

公聴会の要請

私の下記の事柄について _____ 郡の福祉課の決定に対し、公聴会を希望します：

Cash Aid CalFresh (旧名 Food Stamps) Medi-Cal

その他 (リストにして記載) _____

公聴会希望の理由： _____

記入欄がもっと必要な場合は、ここにチェック印を付け、別紙を添付してください。

州当局に無料で通訳を提供してもらうことが必要です (公聴会で親戚や友人が通訳することは禁じられています)。

私の言語/方言： _____

給付が拒絶、変更、停止された者の氏名

生年月日 _____ 電話番号 _____

STREET ADDRESS (所在地住所) _____

CITY (市) _____ STATE (州) _____ ZIP CODE (郵便番号) _____

署名 _____ 日付 _____

この書類を記入した者の氏名 _____ 電話番号 _____

私は下記の者が公聴会で私の代理となることを希望します。この代理人に私の記録の閲覧や公聴会への出席を許可します (この代理人は友人や親戚でも構いませんが、通訳を担当することはできません)。

氏名 _____ 電話番号 _____

STREET ADDRESS (所在地住所) _____

CITY (市) _____ STATE (州) _____ ZIP CODE (郵便番号) _____