

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

NOMBRE

NUMERO DEL CASO

TRABAJADOR

NOMBRE DEL CASO

DIRECCION

TERMINOS Y CONDICIONES – El departamento de bienestar público del Condado cometió un error en la cantidad de beneficios de estampillas para comida que le dio. Usted tiene que reembolsar la emisión excesiva de beneficios de estampillas para comida por medio de uno o más de los métodos que se indican a continuación:

- Pago global** - Puede reembolsar toda la cantidad que se debe haciendo un solo pago global en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
- 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 para pagar toda o parte de la cantidad que se debe. Es posible que usted quiera hablar con nosotros sobre la cantidad que se va a reducir.
- Pagos mensuales (abonos)** - Puede reembolsar la cantidad que se debe haciendo pagos mensuales en efectivo o con beneficios de estampillas para comida.
- Reembolso que se le ha ordenado**

- La corte o el juez de leyes administrativas ordenó que usted hiciera el reembolso de la manera que se indica a continuación. Ni usted ni el Condado puede 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 asistencia pública al _____.

Después de completar y firmar este convenio, devuelva todas las copias al Condado en el sobre que se le proporciona. No envíe por correo dinero en efectivo ni estampillas para comida junto con este convenio. Cuando lo apruebe el Condado, se le enviará una copia firmada de este convenio.

CONVENIO

Yo, _____, entiendo que este convenio es entre el Condado de _____ y yo porque se me dieron \$ _____ de más en beneficios de 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 de \$ _____ en efectivo que se vence en _____.
- Haré el reembolso por medio de un pago global de \$ _____ en beneficios de estampillas para comida que se vence en _____.
- Reducción de beneficios
- Haré el reembolso por medio de una reducción de \$ _____ cada mes en los beneficios de mi grupo para fines de estampillas para comida comenzando en _____.
- Pagos mensuales (abonos)
- Haré el reembolso por medio de pagos mensuales de \$ _____ en efectivo que se vencen el día _____ de cada mes comenzando en _____.
- Haré el reembolso por medio de pagos mensuales de \$ _____ en beneficios de estampillas para comida que se vencen el día _____ de cada mes comenzando en _____.

También entiendo y estoy de acuerdo en que:

- mi plan para hacer el reembolso se basa en mi capacidad actual para pagar de la forma en que la calcule el condado. Es posible que cualquier cambio en mi capacidad para pagar cambie mis pagos mensuales.
- si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a calcular los términos de reembolso marcados arriba.
- si no pago de la forma en que se ha acordado y no obtengo un nuevo plan de pagos, el Condado puede pedir que se pague de inmediato toda la cantidad que se debe.
- si no pago de la forma en que se ha acordado, y el Condado me demanda para cobrar la cantidad que se debe, es posible que también se me requiera pagar el costo de la cobranza, los honorarios de los abogados, y los gastos relacionados con la corte.
- si no pago, es posible que el Condado tome mi devolución de impuestos estatales/federales sobre los ingresos y/o que le pida a la corte que se me embargue el salario o cualquier bien del cual soy dueño.
- si el pago de reembolso no se recibe para la fecha en que se vence, se considerará atrasado, y estaré sujeto a una acción que me obligue a pagarlo.

FIRMA

FECHA

CONDADO

To be completed by the county: (para ser completado por el condado)

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____

for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)