

رقم الحالة
اسم
اسم الحالة

## اتفاقية CALFRESH للتسديد للأخطاء الإدارية فقط

العامل

العنوان

**البنود والأحكام -** ارتكبت County Welfare Department خطأً في مبلغ مزاييا CalFresh الخاص بك. يجب أن تسدد مزاييا CalFresh إضافية باستخدام وسيلة أو أكثر مما هو مدرج هنا:

- سداد بالمقطوعة -** يجب أن تسدد المبلغ المستحق كاملاً نقدًا و/أو باستخدام مزاييا CalFresh.
- تخفيض المزاييا -** إذا كنت تحصل على مزاييا CalFresh الآن، يحق لك أن تسدد بتخفيض مزاييا أسرتك بمقدار كامل المبلغ المستحق أو جزء منه. كما يمكنك طلب الحديث معنا بخصوص المبلغ الذي يجب أن يخفض.
- الاقساط -** يمكنك تسديد المبلغ المستحق كأقساط شهرية نقدًا أو مع مزاييا CalFresh.
- التسديد المطلوب**

أصدرت محكمة قاضي القانون الإداري أمرًا بأن تسدد على النحو التالي. لا يمكن تغيير بنود التسديد هذه سواء من طرفك أو من المقاطعة.

إذا لم تكن قد تحدثنا معك بخصوص هذه الاتفاقية أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فلتتصل بمحصل (أموال) الرعاية الاجتماعية على الرقم \_\_\_\_\_.

بعد إكمال هذه الاتفاقية والتوقيع عليها، يجب إرجاع كل النسخ إلى المقاطعة في المظروف المقدم. لا ترسل أي أموال سائلة أو أي من مزاييا CalFresh عبر البريد مع نموذج هذه الاتفاقية. عندما توافق المقاطعة على هذه الاتفاقية، سترسل نسخة موقعة منها إليك.

### الاتفاقية

أقر أنا، \_\_\_\_\_، أن هذه الاتفاقية بيني وبين مقاطعة \_\_\_\_\_ لأن مزاييا CalFresh إضافية بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار قد أصدرت كإصدار زائد بسبب خطأ للمقاطعة. وأقبل أن أسدد المبلغ بالطريقة (الطرق) المحددة أدناه:

السداد بالمقطوعة

سأسدد المبلغ نقداً بالمقطوعة بمقدار \_\_\_\_\_ دولار مستحق في \_\_\_\_\_.

سأسدد بمبلغ من مزاييا CalFresh بالمقطوعة بمقدار \_\_\_\_\_ دولار مستحق في يوم \_\_\_\_\_.

تخفيض المزاييا

سأسدد عن طريق تخفيض مزاييا أسرتي بمبلغ \_\_\_\_\_ دولار شهرياً بدءاً من \_\_\_\_\_.

الأقساط

سأسدد بمبالغ نقدية شهرية بمقدار \_\_\_\_\_ دولار مستحقة في اليوم \_\_\_\_\_ من كل شهر بدءاً من \_\_\_\_\_.

سأسدد بمبالغ شهرية من مزاييا CalFresh بمقدار \_\_\_\_\_ دولار مستحقة في اليوم \_\_\_\_\_ من كل شهر بدءاً من \_\_\_\_\_.

### كما أقر وأتفهم ما يلي:

- ترتكز خطة التسديد الخاصة بي على قدرتي الحالية على السداد كما تتصورها المقاطعة. وأي تغيير في قدرتي على السداد فسيغير دفعاتي الشهرية.
- إذا تغيرت أي شيء، يحق لي أن أطلب من المقاطعة إعادة النظر في بنود السداد المحددة أعلاه.
- إذا لم أدفع كما هو متفق عليه ولم أحصل على خطة سداد جديدة، يحق للمقاطعة أن تطالبني بدفع المبلغ الإجمالي المستحق عليّ الآن.
- إذا لم أسدد كما هو متفق عليه وقاضتني المقاطعة لتحويل المبلغ المستحق، فقد أطلب بسداد تكلفة التحصيل، وأتعب الحمامة وتكلفة التقاضي.
- إذا لم أسدد، يحق للمقاطعة أن تحصل على ضريبة الدخل للولاية/ضريبة الدخل الاتحادية و/أو تطلب من المحكمة إرفاق مرتبي أو أية ممتلكات بحوزتي.
- سأخضع لإجراء (إجراءات) تحويل جبرية إذا لم يُسلم المبلغ المستحق في تاريخ الاستحقاق وتصبح المطالبة مستحقة الدفع.

التوقيع	بتاريخ	المقاطعة
---------	--------	----------

**To be completed by the county:** (تستكمل عن طريق المقاطعة)

The above signed Agreement has been accepted by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_

for \_\_\_\_\_ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)