

ຂໍ້ຕົກລົງການຈ່າຍເງິນຄືນ CALFRESH ສໍາລັບຄວາມຜິດພາດທາງດ້ານການບໍລິຫານເທົ່ານັ້ນ

ເລກກໍລະນີ
ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ
ຊື່ກໍລະນີ

ຊື່ _____

ທີ່ຢູ່ _____

ວາລະແລະເງື່ອນໄຂ – ພະແນກສະຫວັດດີການສັງຄົມປະຈຳຄາວຕິດໄດ້ເຮັດຜິດພາດ ກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນ CalFresh ຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄືນເງິນສ່ວນເກີນ CalFresh ໂດຍໃຊ້ວິທີການໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍວິທີທີ່ບັງໄວຢູ່ບອນນີ້:

1. **ການຈ່າຍເງິນກ້ອນຄັ້ງດຽວ** - ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄືນເຕັມຈຳນວນທີ່ທ່ານເປັນໜີ້ໂດຍຈ່າຍຄັ້ງດຽວເປັນເງິນສົດ ແລະ/ຫຼື ເງິນ CalFresh.
2. **ການຫຼຸດຜົນປະໂຫຍດ** - ຖ້າຫາກ ທ່ານພວມຮັບເອົາເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ໃນປັດຈຸບັນນີ້, ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄືນໄດ້ໂດຍຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ເຕັມຈຳນວນ ຫຼື ບາງສ່ວນທີ່ທ່ານເປັນໜີ້. ທ່ານສາມາດປົກສາກັບພວກເຮົາກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ຈະຖືກຫຼຸດລົງໄດ້.
3. **ການຜ່ອນຊໍາລະ** - ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄືນຈຳນວນເງິນທີ່ເປັນໜີ້ໄດ້ໂດຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນດ້ວຍເງິນສົດ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh.
4. **ການຈ່າຍຄືນຕາມຄໍາສັ່ງສານ**

ສານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາສານປົກຄອງອອກຄໍາສັ່ງວ່າໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄືນຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານ ຫຼື ຄາວຕິດບໍ່ສາມາດປ່ຽນແປງເງື່ອນໄຂການຈ່າຍຄືນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້. ຖ້າຫາກວ່າ ພວກເຮົາຍັງບໍ່ໄດ້ລົມກັບທ່ານກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງ ຂໍ້ຕົກລົງນີ້, ຫຼື ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ເກັບເງິນສະຫວັດດີການທີ່ _____.

ຫຼັງຈາກທ່ານປະກອບຂໍ້ມູນແລະເຊັນຊື່ໃນຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ແລ້ວ, ຈົ່ງສົ່ງສໍາເນົາທັງໝົດໄປທີ່ຄາວຕິດໃນຊ່ອງຈົດໝາຍທີ່ຕັ້ງໄວ້ໃຫ້. ຢ່າສົ່ງເງິນສົດ ຫຼື ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ຜ່ານທາງໄປສະນີ ພ້ອມກັບຟອມຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້. ເມື່ອໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍທາງຄາວຕິດແລ້ວ, ສໍາເນົາທີ່ມີລາຍເຊັນຂອງຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ຈະຖືກສົ່ງໃຫ້ທ່ານ.

ຂໍ້ຕົກລົງ
ຂ້າພະເຈົ້າ, _____, ຂ້າໃຈວ່າຂໍ້ຕົກລົງສະບັບນີ້ແມ່ນລະຫວ່າງຂ້າພະເຈົ້າແລະ _____ ຄາວຕິດ ເນື່ອງຈາກເງິນຈ່າຍເກີນ CalFresh ຈຳນວນ \$ _____ ທີ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ອັນເນື່ອງມາຈາກຄວາມຜິດພາດຂອງທາງຄາວຕິດ. ຂ້າພະເຈົ້າ ຕົກລົງທີ່ຈະຈ່າຍຄືນເງິນ ຈຳນວນນີ້ໂດຍວິທີທີ່ໝາຍໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ການຈ່າຍເປັນເງິນກ້ອນໃຫຍ່ຄັ້ງດຽວ
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນເປັນເງິນສົດກ້ອນໃຫຍ່ຄັ້ງດຽວໃນຈຳນວນ \$ _____ ຕາມກຳນົດໃນວັນທີ _____.
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນເປັນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ CalFresh ກ້ອນໃຫຍ່ຄັ້ງດຽວຈຳນວນ \$ _____ ຕາມກຳນົດໃນວັນທີ _____.
- ການຫຼຸດຜົນປະໂຫຍດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນໂດຍໃຫ້ຫຼຸດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນຈຳນວນ \$ _____ ໃນແຕ່ລະເດືອນ, ໂດຍເລີ້ມແຕ່ _____.
- ການຜ່ອນຈ່າຍ
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນເປັນລາຍເດືອນຈຳນວນ \$ _____ ຕາມກຳນົດໃນວັນທີ _____ ຂອງແຕ່ລະເດືອນໂດຍເລີ້ມແຕ່ _____.
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈະຈ່າຍຄືນເງິນ CalFresh ເປັນລາຍເດືອນຈຳນວນ \$ _____ ຕາມກຳນົດໃນວັນທີ _____ ຂອງແຕ່ລະເດືອນໂດຍເລີ້ມແຕ່ _____.

ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈແລະຕົກລົງດ້ວຍວ່າ:

1. ຕາຕະລາງການຈ່າຍຄືນຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນອີງຕາມຄວາມສາມາດໃນປັດຈຸບັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການຈ່າຍຕາມການຄິດໄລ່ຂອງທາງຄາວຕິດ. ການປ່ຽນແປງໃດໆ ໃນຄວາມສາມາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການຈ່າຍອາດການປ່ຽນແປງການຈ່າຍປະຈຳເດືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
2. ຖ້າຫາກມີການປ່ຽນແປງໃດໆ, ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຂໍໃຫ້ທາງຄາວຕິດຄິດໄລ່ໃໝ່ສໍາລັບເງື່ອນໄຂການຈ່າຍຄືນທີ່ໝາຍໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້.
3. ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈ່າຍຕາມທີ່ຕົກລົງໄວ້ ແລະຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຕາຕະລາງການຈ່າຍເງິນອັນໃໝ່, ທາງຄາວຕິດສາມາດຂໍວາງໃຫ້ຈ່າຍເງິນທັງໝົດທີ່ເປັນໜີ້ຢູ່ດຽວນີ້.
4. ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈ່າຍຕາມທີ່ຕົກລົງໄວ້ ແລະທາງຄາວຕິດ ພ້ອມຮ່ອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອເກັບເອົາເງິນທີ່ເປັນໜີ້ນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍັງອາດຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ໃນການເກັບ, ຄ່າທະນາຍຄວາມ, ແລະຄ່າດຳເນີນການໃນສານ.
5. ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈ່າຍ, ທາງຄາວຕິດສາມາດເອົາເງິນຄືນຈາກພາສີຂອງຮັຖ/ຮັຖບານກາງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ຂໍໃຫ້ສານອາຍັດຄ່າຈ້າງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ຊັບສິນໃດໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າເປັນເຈົ້າຂອງໄດ້.
6. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕົກຢູ່ພາຍໃຕ້ບັງຄັບຂອງການທວງເກັບໜີ້ໂດຍບໍ່ສະໝັກໃຈ ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຈ່າຍເງິນຕາມກຳນົດວັນແລະການຮຽກຮ້ອງກາຍເປັນເລື່ອງການຜິດພາດຊໍາລະໜີ້.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ຄາວຕິດ
---------	-------	--------

To be completed by the county (ປະກອບຂໍ້ມູນໂດຍຄາວຕິດ):
The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____
for _____ County. Payments should be made at:

(Signature of Authorized County Official)