

## CALFRESH 초과 혜택금 환불 합의서 수혜 가족의 부주의한 실수로 발생한 경우

이름

사례 번호

담당 직원

주소

사례명

### 지불 조건

귀하 또는 귀 가족의 한 구성원이 실수를 하였습니다.

이에 귀하는 추가로 받으신 CalFresh 혜택을 다음 중 한 가지 방법으로 환불할 의무가 있습니다.

1. **일시불로 환불** - 현금 및/또는 CalFresh 혜택금으로 전액을 한꺼번에 지불함.
2. **혜택 감액으로 환불** - 지급 현재 CalFresh 혜택을 받는 가구일 경우, 환불할 의무가 있는 금액의 전액 또는 일부를 귀 가족의 혜택에서 공제하는 방법으로 환불함. 이 방법으로 환불하는 경우 귀하의 월 혜택에서 10% 또는 매월 \$10 중 더 큰 액수가 공제됩니다.
3. **월부로 환불** - 현금 또는 CalFresh 혜택금을 매달 공제하는 방법으로 환불함.

### 4. 환불 명령

- 법원 또는 행정법 판사가 아래에 지시한 대로 환불할 것을 귀하께 명하였습니다. 따라서 귀하 또는 카운티에서 본 환불 조건을 변경할 수 없습니다.

저희측에서 아직 귀하께 이 합의서 조건을 언급하지 않았거나 질문이 있으면 사회복지 수금원 전화번호, \_\_\_\_\_ 번으로 연락하십시오.

본 합의서를 작성하고 서명한 후 모든 사본을 제공된 봉투에 넣어 카운티 정부에 제출해 주십시오. 이 합의서를 보내실 때 현금을 넣어 보내지 마십시오. 카운티 정부가 입증한 후 서명한 합의서 사본을 귀하께 보내드릴 것입니다.

### 합의서

본인, \_\_\_\_\_ 은(는), 이 합의서가 제게 지급되었던 \$ \_\_\_\_\_ 의 추가 CalFresh 혜택으로 인해 발생한 본인과 \_\_\_\_\_ 카운티간의 합의서임을 이해합니다. 본인은 아래에 표기한 방법으로 이 금액을 환불할 것에 동의합니다.

#### 일시불로 지불

본인은 지급 기일 \_\_\_\_\_ 까지 현금 \$ \_\_\_\_\_ 를 일시불로 환불하겠습니다.

본인은 지급 기일 \_\_\_\_\_ 까지 CalFresh 혜택금 \$ \_\_\_\_\_ 를 일시불로 환불하겠습니다.

#### 혜택 감액으로 환불

본인은 \_\_\_\_\_ 부터 본인 가구의 혜택에서 매달 \$ \_\_\_\_\_ 를 공제하는 것으로 환불하겠습니다.

#### 월부로 환불

본인은 \_\_\_\_\_ 부터 매월 \_\_\_\_\_ 일까지 \$ \_\_\_\_\_ 의 현금을 매월 환불하겠습니다.

본인은 \_\_\_\_\_ 부터 매월 \_\_\_\_\_ 일까지 \$ \_\_\_\_\_ 의 CalFresh 혜택을 매월 환불하겠습니다.

또한 본인은 다음을 이해하고 동의합니다.

1. 이 환불 조건은 저의 현 지불 능력에 따라 해당 카운티가 산정한 것입니다. 본인의 지불 능력에 변화가 있을 경우 제가 월별로 지급해야 할 환불금은 변경될 수 있습니다.
2. 변경 사항이 있을 경우, 위에 체크한 조건을 재산정해 줄 것으로 해당 카운티에 요청할 수 있습니다.
3. 해당 조건대로 환불하지 않고 새 지불 환불 일정을 구하지 않을 경우, 카운티에서 지급 당장 총액을 환불할 것을 요청할 수 있습니다.
4. 해당 조건대로 환불하지 않을 경우 해당 카운티는 본인의 환불 금액 수금을 위해 본인을 상대로 고소할 수 있으며, 본인으로 하여금 수금 관련 수수료, 변호사 수임료 및 법원 비용 등을 지불하도록 할 수도 있습니다.
5. 본인이 해당 조건에 따라 환불하지 않을 경우 카운티는 본인의 주/연방 소득 환불금을 차압할 수 있으며, 본인의 급여 또는 본인 소유의 재산을 압류할 것을 법원에 신청할 수 있습니다.
6. 본인은 환불 금액 지급 기일까지 환불하지 않거나 환불 의무를 이행하지 않을 경우 강제로 미수금 소송을 당할 수 있습니다.
7. 가족의 부주의로 인한 실수가 나중에 해당 프로그램을 고의적으로 위반한 것으로 발견될 경우 해당 금액을 환불한 경우에도 벌칙이 적용됩니다.

서명

날짜

카운티

### To be completed by the county (카운티 작성란):

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

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

(Signature of Authorized County Official)