

카운티:

CALFRESH 혜택금 초과발급 통지서

행정 처리

오류(AE)의 경우

통지 일자 : _____
 사례 이름 : _____
 번호 : _____
 직원 이름 : _____
 번호 : _____
 전화 : _____
 주소 : _____

(ADDRESSEE)

주정부 심의회: 본 조치가 잘못되었다고 생각하는 경우, 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 이 페이지 뒷면에 심의회 신청 방법이 설명되어 있으니 참고하십시오. 본 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 귀하의 혜택이 변경되지 않을 수도 있습니다.

다음 가구에 CalFresh 혜택이 과다하게 제공되었습니다.

- 귀하의 가구
- 귀하가 보증한 가구

사유는 다음과 같습니다.

신고하지 않은 근로소득은 20% 공제 대상에 들지 않습니다.
 _____기간동안 \$_____의
 CalFresh 혜택이 추가로 지급되었습니다.

본 가구는 \$_____의 CalFresh 혜택을 받았습니다.

본 가구가 실제로 받아야 할 CalFresh 혜택금은 \$_____였습니다. 귀하가 받은 금액에서 실제로 지급되었어야 할 금액을 공제하고 난 금액은 \$_____ (추가로 지급된 CalFresh 혜택)입니다.

이 금액은 추가 금액이 일부 환불되었기 때문에 \$_____가 감액되었습니다. 이제 \$_____를 환불하시면 됩니다.

이 통지서에 함께 보내드리는 내역서에 추가 금액이 산정되었던 방법이 설명되어 있으니 참고하시기 바랍니다.

환불금
 귀하는 추가로 지급되었던 CalFresh 혜택금을 환불할 의무가 있습니다.

1. 추가로 지급된 CalFresh 혜택을 전액 지불할 수 있습니다. 또는
2. 동봉한 환불 동의서(CF 377.7E1)를 작성하고 서명하여 저희에게 제출한 후 합의 내용에 따라 지불해 주십시오.
3. 서명한 합의서를 본 통지서 날짜로부터 30일 이내에 제출하지 않고 CalFresh 혜택을 계속 받을 경우 귀하의 혜택금에서 해당 금액을 공제해 수금할 것입니다.
 - SSI 혜택은 초과 혜택금 환불에 사용하지 않아도 됩니다.
 - 초과 지급된 혜택금은 해당 가구의 모든 성인 혜택금에서 수금됩니다.
 - CalFresh 혜택을 받지 않는 경우 초과 혜택금이 \$125 이상이면 귀하의 AE 초과 혜택금을 반드시 환불해야 합니다.

초과 혜택금 수금을 위한 발생가능한 조치:

- 귀하의 환불 합의 조건은 귀하의 현 지불 능력에 따라 해당 카운티가 산정한 것입니다. 귀하의 지불 능력에 변화가 있을 경우 귀하가 월별로 지급해야 할 환불금은 변경될 수 있습니다.
- 귀하가 해당 금액을 환불하지 않을 경우 카운티는 법원이나 기타 미수금 처리 기관을 통해 그리고 연방 정보 미수금 처리 소송으로 해당 금액을 징수할 수 있습니다.
- 추후 법원 또는 심의회 심사에서 이 오류가 귀하의 잘못으로 판정되면 귀하가 지불해야 할 금액을 환불하기로 동의한 경우에도 관련 벌칙을 적용받을 수 있습니다.
- 환불 의무를 이행하지 않거나 귀 가구에 소송이 제기되는 경우 추가로 업무처리 요금 또는 법원 비용을 부담해야 할 수도 있습니다.
- 해당 조건에 따라 환불을 하지 않을 경우 카운티는 귀하의 주/연방 소득 환불금을 차압할 수 있으며, 귀하의 급여 또는 본인 소유의 재산을 압류할 것을 법원에 신청할 수 있습니다.

규정: 적용 규정: MPP 63-801.22, 63-801.4, 63-801.43, 63-801.7. 귀하의 카운티 사무소에서 본 규정들을 검토할 수 있습니다.

궁금한 점이 있으십니까? 담당자에게 문의하십시오.

경고: 초과 혜택이 잘못된 것이라고 생각하는 경우, 이 기회는 심의회를 신청할 수 있는 있는 마지막 기회입니다. 귀하가 CalFresh에 계속 가입해 있는 경우, 카운티 정부는 귀하의 월 혜택을 낮추는 방법으로 초과혜택금을 수금해 갈 수 있습니다. 초과혜택금을 모두 환불하지 않고 CalFresh 가입을 탈퇴하는 경우 그리고 환불 계획을 수립하지 않는 경우, 카운티 정부는 귀하의 주/연방 소득세 환불금에서 법이 허용하는 한도 내로 해당 금액을 공제할 수 있습니다.

심리를 신청할 권리

귀하가 카운티의 조치에 동의하지 않는 경우에는 심리를 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. 이 90일의 기간은 해당 카운티가 이 통지서를 전달 또는 우송한 날로부터 시작됩니다. 귀하가 심리를 90일 이내에 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 이 기간이 지난 후에도 심리를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유를 제시하면 계속 심리 일정을 정할 수 있습니다.

Cash Aid(현금 보조), Medi-Cal(메디칼), CalFresh 또는 Child Care(보육)에 대한 조치를 취하기 전에 심리를 신청하는 경우:

- Cash Aid 또는 Medi-Cal은 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지됩니다.
- Child Care 서비스는 귀하가 심리를 기다리는 동안 동일하게 유지될 가능성이 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하가 심리일 또는 증명 기간 종료일 중에서 더 이른 날짜까지 동일하게 유지됩니다.

심리에서 저희가 옳다는 판정을 받는 경우, 귀하는 추가로 받은 **Cash Aid, CalFresh 또는 Child Care Services**를 저희에게 반환해야 합니다. 심리를 시작하기 전에 귀하의 혜택을 축소 또는 중단하려면 아래에 표시하십시오.

축소 또는 중단 혜택: Cash Aid CalFresh
 Child Care

다음의 혜택에 대한 심리의 판정을 기다리는 동안:

Welfare to Work(근로 연계 복지):

귀하는 근로 활동에 참여할 필요가 없습니다.

귀하는 이 통지서를 받기 전에 카운티가 승인한 취업 및 근로 활동을 위한 보육 지급금을 받을 수 있습니다.

저희가 귀하에게 다른 지원 서비스에 대한 지급금이 중단될 것이라고 알려준 경우, 귀하는 근로 활동에 참여하더라도 더 이상 지급금을 받을 수 없습니다.

저희가 다른 지원 서비스 비용을 지급할 것이라고 귀하에게 알려준 경우, 그 서비스는 저희가 이 통지서에서 귀하에게 알려준 방법으로 해당 금액을 지급 받을 것입니다.

- 서비스를 받기 위해서는 카운티가 귀하에게 참석하라고 알려준 근로 활동에 가야 합니다.
- 귀하가 심리에 대한 판정을 기다리는 동안 카운티가 지불하는 지원 서비스 금액이 귀하가 근로 활동에 참여하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 근로 활동에 가는 것을 중단할 수 있습니다.

Cal-Learn:

- 저희가 귀하에게 서비스를 제공할 수 없다고 알려준 경우, 귀하는 Cal-Learn 프로그램에 참여할 수 없습니다.
- 저희는 승인된 학습 활동에 대한 Cal-Learn 지원 서비스 비용만을 지급할 것입니다.

기타 정보

Medi-Cal 관리진료 플랜 가입자: 이 통지서에 기재된 조치는 귀하가 관리진료 건강플랜으로부터 서비스를 받는 것을 중단시킬 수도 있습니다. 질문이 있으면 귀하의 건강플랜 가입자 서비스에 연락할 것을 권합니다.

아동 지원 및/또는 의료 지원: 지역 아동 지원 기관은 귀하가 현금 보조를 받고 있지 않더라도 양육비를 징수하는 것을 무료로 지원할 것입니다. 아동 지원 기관이 현재 귀하를 대신해서 양육비를 징수하고 있는 경우, 이 기관은 귀하가 서면으로 중단하라고 할 때까지 계속 양육비를 징수할 것입니다. 이 기관은 징수한 현재의 양육비를 귀하에게 보낼 것이나, 카운티에 지불해야 하는 연체된 양육비를 징수하는 경우에는 이 기관이 보유합니다.

가족계획: 귀하의 복지사무소는 귀하가 요청하는 경우 이에 대한 정보를 보낼 것입니다.

심리 파일: 귀하가 심리를 신청하는 경우, 주 심리국은 파일을 작성할 것입니다. 귀하는 심리를 열기 전에 이 파일을 보고, 또한 심리를 열기 최소한 2일 전에 귀하의 케이스에 대한 카운티의 입장 진술서 사본을 받을 권리가 있습니다. 주정부는 귀하의 심리 파일을 복지국과 연방 보건복지 및 농무부에 제공할 수도 있습니다. (**복지 및 기관법 제10850 및 10950조.**)

심리 신청 방법:

- 이 페이지를 작성하십시오.
- 기록을 남기기 위해 이 페이지의 앞면과 뒷면을 복사하여 보관하십시오. 귀하가 요청하는 경우, 케이스 워커가 이 페이지의 사본을 제공할 것입니다.
- 이 페이지를 다음의 주소로 발송하거나 직접 제출하십시오:

또는

- 무료 전화 **1-800-952-5253** 또는 **1-800-952-8349**(TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인용)로 전화하십시오.

도움이 필요한 경우: 귀하에 위에 기재된 무료 주 전화번호를 사용하여 심리권에 대해 질문하거나 법률 지원 소개를 요청할 수 있습니다. 귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 복지권 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.

귀하가 심리에 혼자 출석하기를 원치 않는 경우에는 친구 또는 다른 사람과 동행할 수 있습니다.

심리 신청서

본인은 다음의 혜택에 대한 _____ 카운티 복지국의 조치와 관련하여 심리를 받기를 원합니다.

Cash Aid (현금 보조) CalFresh

Medi-Cal (메디칼)

기타(이곳에 기재) _____

심리 신청 사유: _____

공란이 더 필요하시면 이곳에 표시하고 페이지를 추가하십시오.

본인은 주가 무료로 통역사를 제공해 주기를 원합니다. (친척 또는 친구는 심리에서 귀하를 위해 통역할 수 없습니다.)

본인이 사용하는 언어 또는 방언: _____

혜택이 거부, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일	전화번호
------	------

주소

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

서명 _____ 날짜 _____

이 양식을 작성한 사람의 이름 _____ 전화번호 _____

본인은 아래에 기명된 사람이 이 심리에서 본인을 대리하기를 원합니다. 본인은 이 사람이 본인의 기록을 보거나 본인을 대신해서 심리에 출석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 친구 또는 친척일 수 있으나, 귀하를 위해 통역할 수는 없습니다.)

이름 _____ 전화번호 _____

주소

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____