자격 박탈 동의서
CALFRESH 프로그램

- 날짜:
  사례 이름:
  사례 번호:

중요 고지 사항

본 양식은 귀하가 아래에 설명한 두 가지 분류 중 하나에 속하는 경우에만 귀하에게 적용할 수 있습니다.

(1) 귀하는 고의적인 프로그램 위반으로 고발되었으며 법원 명령의 조건에 부합했습니다. 또는

(2) 귀하는 고의적인 프로그램 위반으로 고발되었으나 귀하가 검사와의 합의 조건을 충족시켰기 때문에 기소되지 않았습니다.

_____카운티는 귀하 _____가(이) (세대주 또는 세대원으로서) 고의적인 프로그램 위반 행위를 한 것으로 믿을만한 사유가 있습니다. 이는 귀하가 **고의적**으로 카운티에 잘못된 정보를 제공했거나 **고의적**으로 일부 질문에 대해 진실을 말하지 않았다는 것을 의미합니다. "고의적으로"는 귀하가 일부러 그러한 행위를 했다는 것을 뜻합니다. 이로 인해 CalFresh 혜택의 초과 지급이 발생했을 수 있습니다.

중요 고지 사항

귀하가 자격 박탈 동의서에 서명하는 경우:

- 귀하의 소득 및 자산은 세대의 자격 요건을 판단할 때 계속해서 계산에 포함됩니다.
- 귀하 및/또는 귀하의 세대 내의 다른 성인 구성원은 귀하의 세대가 받은 가외의 CalFresh 혜택이 있는 경우 귀하가 이미 그것을 상환하지 않은 한 변제해야 합니다.
- 귀하가 속한 세대의 CalFresh 혜택은 세대 내에 다른 구성원들이 있더라도 귀하의 자격 박탈 기간 동안 줄어들거나 중단될 수 있습니다.
- 귀하(피고발인)가 세대주가 아니면서 본 자격 박탈 동의서에 서명하여 동의한 경우, 세대주도 서명을 해야 합니다.
- 귀하는 카운티가 제시한 사실을 인정하지 않더라도 명시된 시간 동안 CalFresh 프로그램의 수혜 자격이 박탈됩니다. (자격 박탈 페널티 참조)
- 법원이 귀하에게 사기죄에 대해 유죄 판결을 내리지 않더라도, 명시된 기간 동안 CalFresh 프로그램의 수혜 자격이 박탈됩니다.
- 서명 후에 귀하가 자격 박탈 동의서의 내용에 동의하지 않고 자격 박탈 페널티가 부과된 경우더라도, 주 또는 카운티에 심의회를 신청할 수 없습니다. 귀하는 적절한 법원에 항소를 제기할 수 있습니다.

규정: 다음 규정이 적용되며, 자세한 사항은 복지 사무소에서 확인할 수 있습니다. 정책 및 절차 매뉴얼 섹션: 20-300.221(c), 20-300.3, 20-300.32, 22-003.11.

자격 박탈 페널티에 대한 경고:

귀하가 본 동의서에 서명한 날짜로부터 45일 이내에, 다음 기간 동안 CalFresh 혜택을 받을 자격이 없어집니다.

☐ 12개월(최초 위반 시)

☐ 24 개월. 사유는 다음과 같습니다.

- ☐ 두 번째 위반
- ☐ CalFresh 혜택을 규제 약물과 교환한 최초 위반 행위에 대한 법원의 유죄 판결.

☐ 10년. 동시에 여러 개의 CalFresh 혜택을 받기 위해 개인의 신원 정보 또는 거주지 정보를 속이거나 부정확하게 말한 경우.

☐ 영구 자격 박탈. 사유는 다음과 같습니다.

- ☐ 세 번째 위반
- ☐ CalFresh 혜택을 규제 약물과 교환한 두 번째 위반 행위에 대한 법원의 유죄 판결
- ☐ CalFresh 혜택을 $500 이상의 가치로 교환 또는 판매한 행위에 대한 법원의 유죄 판결
- ☐ CalFresh 혜택을 화기, 탄약 또는 폭발물과 교환한 행위에 대한 법원의 유죄 판결

이번 귀하의 행위는 _____ 위반으로, 다음을 의미합니다.

- 귀하가 본 자격 박탈 동의서에 서명한 경우, 귀하의 자격 박탈 페널티는 _____ 입니다.
- 귀하의 자격 박탈 기간은 법원 명령에 반하지 않는 한, 본 동의서에 서명한 날짜로부터 45일 이내에 시작됩니다.

다른 세대원을 위한 안내

귀하 및/또는 세대 내의 다른 성인에게는 초과 지급된 CalFresh 혜택 금액이 이미 변제된 경우를 제외하고, (귀하 또는 자격 박탈된 개인이 전출했더라도) 귀하의 세대에 초과 지급된 CalFresh 혜택을 상환할 책임이 있습니다.

본 자격 박탈 동의서에 서명 여부를 결정하는 데 법률적인 도움이 필요하나 변호사를 둘 여유가 없는 경우, 여기에 열거된 가까운 사무소에 문의하면 무료로 법적 지원을 받을 수 있습니다.

자격 박탈 동의서에 대해 궁금한 점이나 자세한 정보가 필요한 경우

_____ 전화 ( ) _____번으로 문의하십시오.

자격 박탈 동의서:

본인은 본 자격 박탈 동의서와 관련하여 본인에게 제공된 정보를 확인했습니다.
본인이 본 동의서에 서명할 경우 본인에게 일어날 일에 대해 알고 있습니다.

본인은 이로써 의 기간 동안 CALFRESH 프로그램의 수혜 자격이 박탈된다는 것에 자발적으로 동의합니다.

_____.
아래 박스 중 하나에 체크 표시하십시오.

☐ 본인은 제시된 사실이 옳다고 인정하지 않습니다 그러나, 본인은 본 자격 박탈 동의서에 서명하기로 결정했으며, 자격 박탈 페널티가 발생할 것임을 알고 있습니다.

☐ 본인은 제시된 사실을 인정하며, 본인이 본 자격 박탈 동의서에 서명하는 경우 자격 박탈 페널티가 부과될 것임을 알고 있습니다.

_____ _____

피고발인의 서명 날짜 세대주의 서명(다른 경우*) 날짜

*피고발인이 세대주가 아닌 경우 세대주도 반드시 서명해야 합니다.

본 동의서에 서명한 후 다음 주소로 보내주십시오.