

CONVENIO PARA EL REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOLAMENTE POR ERRORES DE OFICINA

| |
|-----------------|
| NUMERO DEL CASO |
| TRABAJADOR |
| NOMBRE DEL CASO |

NOMBRE _____ DIRECCION _____

TERMINOS Y CONDICIONES – El departamento de bienestar público del Condado cometió un error en la cantidad de estampillas para comida que le dio a usted. Usted no tiene que convenir en que le reduzcan sus beneficios, a menos que quiera hacer el reembolso de esta manera. Si quiere hacer el reembolso por medio de la reducción de sus beneficios, tiene que firmar este convenio. Vea el formulario que se adjunta, "Notificación acerca del reembolso de estampillas para comida solamente por errores de oficina" (DFA 377.7D).

Usted puede reembolsar la emisión excesiva de beneficios de estampillas para comida que recibió usando uno o varios de los métodos que se enumeran a continuación:

1. Pago global - Puede reembolsar toda o parte de la cantidad que debe haciendo un pago global en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
2. Reducción de beneficios - Si actualmente recibe beneficios de estampillas para comida, puede hacer el reembolso pidiendo que se reduzcan los beneficios de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) para pagar toda o parte de la cantidad que debe. Tal vez quisiera hablar con nosotros sobre la cantidad que se va a reducir.
3. Pagos mensuales (abonos) - Puede reembolsar toda o parte de la cantidad que debe haciendo pagos mensuales en efectivo y/o con beneficios de estampillas para comida.
4. Reembolso que se ordena
 - La corte, o el juez de leyes administrativas, ordenó que usted hiciera el reembolso de la manera en que se indica a continuación. Ni usted ni el Condado pueden cambiar estos términos de reembolso.

Si todavía no hemos hablado con usted sobre los términos de este convenio, o si tiene preguntas, llame al cobrador de bienestar público al _____.

Una vez que complete y firme este convenio, devuelva todas las copias al Condado en el sobre que se le proporciona. No envíe dinero en efectivo ni estampillas para comida por correo con este convenio. Cuando el Condado apruebe el convenio, se le enviará una copia firmada del mismo.

CONVENIO

Yo, _____, entiendo que este convenio es entre el Condado de _____ y yo porque se me dieron \$_____ de más en estampillas para comida debido a un error que cometió el Condado. Estoy de acuerdo en reembolsar esta cantidad por medio de los métodos marcados a continuación:

- Pago global
 - Haré el reembolso por medio de un pago global en efectivo de \$_____, el cual se vence en _____.
 - Haré el reembolso con beneficios de estampillas para comida, por medio de un pago global de \$_____, el cual se vence en _____.
- Reducción de beneficios
 - Haré el reembolso por medio de una reducción en los beneficios de mi grupo en la cantidad de \$_____ cada mes, comenzando en _____.
- Pagos mensuales (abonos)
 - Haré el reembolso por medio de pagos mensuales en efectivo de \$_____, los cuales se vencen el día _____ de cada mes, comenzando en _____.
 - Haré el reembolso con beneficios de estampillas para comida, por medio de pagos mensuales de \$_____, los cuales se vencen el día _____ de cada mes, comenzando en _____.

También entiendo y estoy de acuerdo en que:

1. Mi plan para hacer el reembolso se basa en mi capacidad actual para pagar de la forma en que lo calcule el Condado. Es posible que cualquier cambio en mi capacidad para pagar cambie mis pagos mensuales.
2. Si algo cambia, puedo pedirle al Condado que vuelva a considerar los términos de reembolso marcados arriba.
3. Si no pago de la forma convenida, y no obtengo un nuevo plan de pagos, el Condado puede requerir que se pague inmediatamente toda la cantidad que se debe.

Firma _____ Fecha _____ Condado _____

To be completed by the county: (Esta sección la completará el Condado.)

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ for _____ County. Payments should be made at: (Los pagos se deben hacer en:)

(Signature of Authorized County Official)