

CONVENIO DE REEMBOLSO DE SERVICIOS DE APOYO PROVENIENTES DE WTW*/CAL-LEARN**

ADDRESSEE

NUMERO DEL CASO
NOMBRE DEL CASO
TRABAJADOR
FECHA

I. TERMINOS Y CONDICIONES DEL REEMBOLSO

Usted tiene que reembolsar lo que debe usando uno o más de los métodos que se enumeran en la sección III. El total de su pago excesivo es de \$_____ por transporte o gastos relacionados al trabajo/entrenamiento gastos relacionados a la educación.

No tiene que comenzar a reembolsar el pago excesivo mientras participa en WTW/Cal-Learn, si no podría continuar con el cuidado de niños que tiene ahora, o no tendría suficiente dinero para pagar cuidado de niños, transporte y/o gastos relacionados a la educación/trabajo/entrenamiento que necesitaría para participar en WTW.

Si no puede pagar o comenzar a hacerlo ahora, dígaselo a su trabajador/administrador de casos ahora o si le enviaron este formulario, llame a su trabajador/administrador de casos antes de que pasen diez días a partir de la fecha en que se lo enviaron. Si el condado está de acuerdo, usted todavía tendrá que reembolsar lo que debe, pero no ahora. El condado verificará entonces si puede comenzar a pagar cuando usted cambie de actividades correspondientes a WTW/Cal-Learn.

Si tiene preguntas, por favor llámenos al _____.

Si le enviaron por correo este convenio y no tiene preguntas, complételo y fírmelo. Quédese con la última copia. Devuelva todas las demás copias al condado. No envíe efectivo con este convenio. Si paga con efectivo, pague en persona. Asegúrese de pedir un recibo numerado con el nombre del condado en el mismo.

Cuando lo apruebe el condado, se le enviará una copia firmada de este convenio.

Si todavía está en WTW/Cal-Learn y no devuelve este convenio, completado y firmado, antes de que pasen diez días contados a partir de la fecha en que se le envió esta notificación, el condado tomará una acción para cobrar el pago excesivo, reduciendo su próximo pago.

Si ya no está en WTW/Cal-Learn y no devuelve este formulario antes de que pasen diez días contados a partir de la fecha en que se le envió esta notificación, el condado demandará el pago y tomará otra acción para cobrar el pago excesivo.

II. Entiendo que:

1. Cualquier cambio en mi capacidad de pagar puede cambiar mis abonos mensuales.
2. Si algo cambia, puedo pedirle al condado que prepare un nuevo convenio de reembolso para mí.
3. Si no pago de la manera en que estuve de acuerdo, ya no recibo asistencia monetaria, o por cualquier razón este convenio ya no funciona, el condado requerirá un nuevo convenio de reembolso.
4. Si no le pago al condado de la manera en que he convenido, me pueden demandar para recuperar la cantidad que se debe, aun cuando sea después de tres años. Es posible que tenga que pagar gastos de cobranza, honorarios de abogado, gastos de tribunal e intereses.
5. Si no pago, el condado puede tomar mi devolución estatal de impuestos sobre ingresos y/o pedir a la corte que retenga mi salario o propiedad de la que sea dueño.
6. El condado puede pedir a otros miembros de la familia que paguen si no reembolso el pago excesivo.

Ponga sus iniciales aquí _____ para mostrar que ha leído y entiende los artículos del 1 al 6.

III. Marque abajo la manera en que quiere pagar. Anote la cantidad que reembolsará.

1. Pago en efectivo

Puede reembolsar todo o parte de lo que debe con efectivo.

- Pagaré con una cantidad global en efectivo de \$_____ para el _____.
- Pagaré con un pago mensual en efectivo de \$_____ para el primero de cada mes, comenzando el _____.

2. Reducción del pago mensual para servicios de apoyo

Si recibe pagos para servicios de apoyo de WTW/Cal-Learn, puede hacer el reembolso con un porcentaje de su pago mensual, o puede pagar más si desea. Si usted causó el pago excesivo, la cantidad más alta que tiene que reembolsar es un 10% de su pago mensual para servicios de apoyo. Si el pago excesivo fue causado por error del condado, la cantidad más alta que tiene que reembolsar es un 5% de su pago mensual para servicios de apoyo. Puede escoger pagar la misma cantidad cada mes.

- Reembolsaré la cantidad más alta que aplica a mi caso.
- En lugar de la cantidad más alta, haré el reembolso permitiendo que se reduzcan mis pagos para servicios de apoyo \$_____ cada mes.

3. Reducción del pago mensual de asistencia monetaria

Usted puede pagar permitiendo que le reduzcan su pago de asistencia monetaria.

- Haré el reembolso permitiendo que se reduzca mi pago mensual de asistencia monetaria \$_____ cada mes.

IV. MARQUE A CONTINUACION LA CASILLA QUE APLIQUE AL CASO SUYO

- Puedo comenzar a hacer el reembolso antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que se me envió esta notificación.
- No puedo comenzar a hacer el reembolso antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que se me envió esta notificación, pero comenzaré a hacer el reembolso de la manera que escogí en la sección III, a más tardar el _____.

Envíe este formulario y los pagos a:

Traiga este formulario y los pagos "en persona" a:

Firme su nombre a continuación y anote la fecha.

Firma _____ Fecha _____

V. Para ser completada por el condado

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____

for _____ County. Signature _____

*Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo

**Un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria