

**NOTIFICACION DE SOBRE EMISION DE FOODSHARE
 NOTICE OF FOODSHARE OVERISSUANCE**

Nombre del Caso		Dirección del Caso	
Fecha	Número de Caso	<input type="checkbox"/> Primera Notificación	<input type="checkbox"/> Segunda Notificación
		<input type="checkbox"/> Tercera Notificación	<input type="checkbox"/> _____ Notificación

Le fueron emitidos más beneficios de *FoodShare* de los que usted era elegible a recibir. La cantidad que le fue sobre emitida es de \$ _____ durante este período de tiempo _____. Por ley, usted debe reembolsar la sobre emisión seleccionada en la casilla de abajo. Se adjunta un Acuerdo de Reembolso el cual le indica como puede reembolsar esta sobre emisión. Si ésta es su primera notificación, se adjunta una Hoja de Trabajo de Sobre Emisión, la cual le indica como fue calculada la sobre emisión. Si a la vez le fueron emitidos menos beneficios de los que usted era elegible a recibir, a la cantidad que usted debe reembolsar se le ha descontado la cantidad que no le fue emitida (vea la línea 22 en la hoja de trabajo). Todos los miembros adultos del grupo de familia que recibieron la sobre emisión de beneficios son responsables de la cantidad pendiente por exceso de pago.

Razón de esta Sobre Emisión (✓)

Error Involuntario del Grupo Familiar / Cliente: _____

Firme y envíe el Acuerdo de Reembolso adjunto a más tardar el _____. Si su caso está abierto y usted no envía este acuerdo, reduciremos sus beneficios cada mes en un 10% de la asignación mensual de su grupo o \$10, cualquiera de las dos cantidades que sea mayor, comenzando con los beneficios del próximo mes. Le enviaremos una Notificación de Decisión 10 días antes de reducir sus beneficios. (Una futura audiencia administrativa o de la corte podría determinar que este error es una violación intencional al programa. Se le notificará si alguna audiencia administrativa o de la corte es programada.)

Error Administrativo / Agencia: _____

Firme y envíe el Acuerdo de Reembolso adjunto a más tardar el _____. Si su caso está abierto y usted no envía el acuerdo, nosotros reduciremos sus beneficios cada mes un 10% de la asignación mensual de su grupo familiar o \$10, cualquiera de las dos cantidades que sea mayor, empezando con los beneficios del próximo mes. Le enviaremos una Notificación de Decisión 10 días antes de reducir sus beneficios.

Violación Intencional al Programa: _____

Firme y envíe el Acuerdo de Reembolso adjunto a más tardar _____. Si su caso está abierto y usted no envía el acuerdo, nosotros reduciremos sus beneficios cada mes un 20% del derecho mensual de su grupo o \$20, cualquiera de las dos cantidades que sea mayor, empezando con los beneficios del próximo mes. Le enviaremos una Notificación de Decisión 10 días antes de reducir sus beneficios.

Caso Cerrado (✓)

Aunque ya no está recibiendo beneficios, usted debe reembolsar la sobre emisión descrita arriba. Firme y envíe el acuerdo de reembolso adjunto a más tardar el _____.

Sus Derechos y Deberes:

Usted tendrá el derecho de solicitar una audiencia imparcial si usted cree que la decisión de la agencia de que usted recibió una sobre emisión de *FoodShare* es incorrecta o si usted no está de acuerdo con la cantidad de la sobre emisión. Si su caso está abierto, usted recibirá una Notificación de Decisión explicando sus derechos de audiencia y como apelar. La notificación explica que usted puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito, en los 30 días siguientes de la acción afectando sus beneficios de *FoodShare*. Si usted solicita una audiencia dentro de los 10 días después de que empezara el reembolso de *FoodShare*, sus beneficios no serán reducidos hasta que una decisión sea tomada en la audiencia. Si su caso está cerrado y usted recibe beneficios de *FoodShare* otra vez, usted recibirá una Notificación de Decisión y puede solicitar una audiencia como se explica en la Notificación de Decisión.

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial si la cantidad de la sobre emisión no fue establecida en la audiencia imparcial. La solicitud de una audiencia imparcial debe de ser hecha dentro de los 90 días después de la fecha en vigor de la acción de la agencia o en cualquier momento mientras esté recibiendo beneficios, si usted no está de acuerdo con la cantidad de los beneficios.

Si la sobre emisión no es pagada, será enviada a otra agencia colectora de pagos, la cual usará varios métodos de colección de pagos para cobrar la sobre emisión. Si esta deuda se vuelve delinciente el individuo(s) responsable podría ser sujeto a cuotas por procesamiento adicional.

Usted tiene el derecho a revisar y copiar cualquier archivo relacionado con esta sobre emisión.

Su grupo familiar puede hacer un acuerdo escrito de reembolso de la sobre emisión antes de ser enviado a una acción federal de cobro. Si la sobre emisión no es pagada, será referida al gobierno federal para una acción federal de cobro.

Podría haber servicios legales gratis disponibles para usted. Visite la página de *Internet de Acción Legal de Wisconsin (Legal Action of Wisconsin)* en www.legalaction.org o llame al 1-888-278-0633 o la página de *Internet de Wisconsin Judicare, Inc.* en www.judicare.org o llame al 1-800-472-1638, para más información sobre los servicios en su área.

FIRMA - <i>Economic Support Specialist</i>	Agencia	Número de Teléfono (incluya el código de área)
--	---------	--