Washington State Department of Social & Health Services
ESA Economic Services Administration

Уведомление о переплате поставщика
Vendor Overpayment Notice

2. ДАТА	
3. ОТЧИТЫВАЮЩЕЕСЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ ИЛИ УКАЗАТЕЛЬ	
4. НОМЕР ПРОДАВЦА/ ПОСТАВЩИКА	**VR**
5. SSPS КОД УСЛУГИ/ИСТОЧНИК/ПРИЧИНА/ КОД ПРИЧИНЫ	
6. НОМЕР РАЗРЕШЕНИЯ SSPS:	
7. КОДИРОВКА СЧЕТА (НЕ-SSPS ПЕРЕПЛАТА)	
8. ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ	

1. КОМУ:ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ, АДРЕС

9. Мы определили, что вы получили переплату за товары или услуги от _____ на _____ на общую сумму $_____.
10. Объяснение переплаты:

Мы должны получить платеж в течение двадцати (20) дней с момент получения настоящего уведомления. Направляйте чек или денежный перевод (указывая номер продавца/ поставщица на всех платежах, корреспонденции и при телефонных разговорах), направляйтеплатежи на: “DSHS / OFR”, в:

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION (ESA)
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR)
PO BOX 9501 MS 45862
OLYMPIA WA 98507-9501

Если вам нужно согласовать возврат, звоните в Офис финансовой помощи, Подразделение по работе с продавцами:
(360) 664-5700
1-800-562-6114 (бесплатный звонок)
1-800-833-6388 (диспетчерская служба TTY штата Вашингтон)

Вы можете запросить проведение административного слушания, если вы несогласны с настоящим уведомлением. Ваш запрос должен быть направлен в письменном виде и содержать следующую информацию:

- Ваше имя, адрес, номер телефона и номер продавца/ поставщика (указать на каждой странице).
- Указать причины, по которым вы считаете, что это уведомление неправильное и приложить соответствующую документацию.
- Запрос должен быть получен Офисом по финансовой помощи (по адресу, указанному выше) в течение двадцати восьми (28) дней с момента получения настоящего уведомления.
- Запрос должен быть направлен заказным письмом с уведомлением или курьерской почтой.

Мы можем получать переплату долга через право удержания, взыскания, наложение ареста и продажи вашего существующего и личного имущества с целью удержания или передачи, или любых других доступных мер с целью удовлетворения наших требований. (RCW 43.20B.675).

Мы можем начислять проценты и любые расходы, связанные с получением этой переплаты. (RCW 43.20B.695).

11. ПОДПИСЬ СОТРУДНИКА	12. ФАМИЛИЯ И ИМЯ СОТРУДНИКА
13. НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОТРУДНИКА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ СОТРУДНИКА

Заполнить онлайн версию этой формы можно по адресу: http://asd.dshs.wa.gov/FRMS/index.htm

Worker: To mail the packet using the United States Postal Service (USPS):
Mail to: OFR / CVOU, PO BOX 9501 MS 45862, OLYMPIA WA 98508-9501(OFR will mail to Vendor)
DSHS form 18-399, Social Services Incorrect Computation Sheet, must be attached.

Instructions for completing the Vendor Overpayment Notice, DSHS 18-398A

A complete vendor overpayment packet must include: a) DSHS Form 18-398A - Vendor Overpayment Notice; b) DSHS Form 18-399 - Social Service Incorrect Payment Computation. Both forms are available online at: http://www.dshs.wa.gov/FRMS/index.html Please type all forms online, print, and mail to the Office of Financial Recovery (OFR) at MS 45862 or by United States Postal Service (USPS) (see address information at the bottom of this page) or send as an email attachment to: vendorop@dshs.wa.gov.

A. Completing the overpayment forms (must be typed)

1. Company / Provider's Name and Address: vendor/provider's name and business address as it appears on the contract.
2. Date: enter the date that the 18-398a is filled out.
3. Reporting Unit or Org Index: used for the payment.
4. Vendor / Provider Number: enter the Vendor / Provider's number under which the overpayment was incurred. Use the suffix "VR" after the numerals.
5. SSPS Service Code, Source Reason Code, and Reason Code: all three codes refer to the service under which the overpayment occurred.
6. SSPS Authorization Number: enter the SSPS authorization number.
7. Account Coding: If the overpayment is not related to an SSPS service, provide the following AFRS coding: Fund, Appropriation Index, Program Index, Sub Object, Sub-sub Object, Organization Index, and Allocation Code.
8. Recipient Name: DSHS client receiving service associated with the overpayment.
9. Overpayment Service Period: state the period the overpayment occurred and the amount of overpayment.
10. Explanation of Overpayment: provide a brief explanation of what caused the overpayment.
11. Worker's Signature: sign in this box (only if mailing document to OFR).
12. Worker's Name: print your name in this box.
13. Worker's Telephone Number and Email Address: include your direct phone number and email address.

B. E-Mailing the overpayment packet to OFR

1. The link to the online form is: http://www.dshs.wa.gov/FRMS/index.html
2. Send the completed form to OFR as an email attachment to: vendorop@dshs.wa.gov
3. If you have any questions or need any other assistance, send an email to: vendorop@dshs.wa.gov

C. Overpayment modification

1. Complete a new form by following the instructions in section A above.
2. When modifying an overpayment, DO NOT write "Cancel" or any other handwritten information on or across the old Notice of Overpayment form.
3. Use today's date. In box 10 type "This is a modification of a debt sent previously". Enter new amount and explanation including date and amount of original overpayment.
4. Mail the completed form to Office of Financial Recovery (OFR) / CVOU at MS 45862 or by United States Postal Service (USPS) (see information at the bottom of this page) or send as an email attachment to: vendorop@dshs.wa.gov
5. If you have any questions or need any other assistance, send an email to: vendorop@dshs.wa.gov

Worker: To mail the packet using the United States Postal Service (USPS):
Mail to: OFR / CVOU, PO BOX 9501 MS 45862, OLYMPIA WA 98508-9501(OFR will mail to Vendor)
DSHS form 18-399, Social Services Incorrect Computation Sheet, must be attached.