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

Повідомлення про переплату за послуги постачальнику
Vendor Overpayment Notice

1. НАЗВА ТА АДРЕСА КОМПАНІЇ/ПОСТАЧАЛЬНИКА	2. ДАТА
	3. ІНДЕКС ІНФОРМУЮЧОЇ УСТАНОВИ АБО ORG
	4. НОМЕР ПРОДАВЦЯ/ПОСТАЧАЛЬНИКА **VR**
	5. КОД ОБСЛУГОВУВАННЯ SSPS / ДЖЕРЕЛО / ПРИЧИНА / КОД ПРИЧИНИ
	6. НОМЕР УПОВНОВАЖЕННЯ SSPS
	7. КОД ОБЛІКОВОГО ЗАПИСУ (ПЕРЕПЛАТА НЕ SSPS)
	8. ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я ОТРИМУВАЧА

9. Визначено, що ви отримали переплату за товари чи послуги від _____ до _____ у розмірі _____ доларів.
10. Роз1яснення щодо переплати:

Ми маємо отримати оплату впродовж двадцяти (20) днів від одержання цього повідомлення. Надішліть чек або платіжне доручення (зазначте/згадуйте номер продавця / постачальника на всіх платіжних документах, кореспонденції та під час телефонних переговорів) на користь «DSHS / OFR» на адресу:

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

Якщо ви маєте вжити відповідних заходів щодо забезпечення повернення переплачених коштів, зателефонуйте до Управління відшкодувань із боку постачальників (Vendor recovery) Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery, OFR): (360) 664-5700
1-800-562-6114 (безкоштовний телефон)
1-800-833-6388 (телетайп-ретранслятор штату Вашингтон)

Якщо ви не погоджуєтеся з даними цього повідомлення, ви можете запросити проведення адміністративного слухання. Відповідний запит має бути оформлений у письмовому вигляді і містити таку інформацію:

- Ваші прізвище й ім'я, адресу, номер телефону і номер продавця / постачальника (зазначте ці дані на кожній сторінці).
- Зазначте причину, з якої ви вважаєте, що дані цього повідомлення є невірними, й додайте будь-які підтверджувальні документи.
- Запит має бути отриманий в Бюро фінансових відшкодувань (знаходиться за зазначеною вище адресою) впродовж двадцяти восьми (28) днів із дня отримання цього повідомлення.
- Має бути надіслане з вимогою повідомлення щодо отримання (Certified Mail Return Receipt Requested, CMRRR) або в інший спосіб, який передбачає можливість відстеження пошти.

Для отримання переплачених коштів ми можемо скористатися такими засобами впливу, як арешт власності, відчуження, конфіскація або продаж нерухомого або вашого особистого майна, розпорядження про утримання на перерахування коштів (арешт коштів боржника, що знаходяться у третій особи) або іншими доступними засобами, за допомогою яких ми зможемо повернути переплачені кошти (RCW 43.20B.675).

Ми можемо нарахувати проценти або стягнути з вас плату за будь-які послуги, надані у зв'язку з поверненням переплачених коштів (RCW 43.20B.695).

11. ПІДПИС РОБІТНИКА	12. ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ'Я РОБІТНИКА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)
13. НОМР ТЕЛЕФОНА РОБІТНИКА	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ РОБІТНИКА

Заповніть мережеву версію форми за адресою: 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.