STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
PO BOX 9501 OLYMPIA WA 98507-9501

ការជូនដំណឹងពីការទូទាត់ប្រាក់លើសរបស់អ្នកជំងឺ

Client Overpayment Notice

1. អ្នកឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកជំងឺ

2. កាលបរិច្ឆេទ៖	3. OFA / លេខសំនួនកម្ម៖
4. ប្រព័ន្ធទូទាត់ប្រាក់៖ Select one	
5. ធាតុដែលរាយការណ៍៖ ឬសន្ទស្សន៍ AFRS Org៖	
6. * លេខ ID អ្នកជំងឺរបស់ប្រព័ន្ធទូទាត់ប្រាក់	
7. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
8. ត្រូវតែភ្ជាប់ DSHS 18-399A មិនមែន SSPS ការគណនាកូដ AFRS អ្នកជំងឺ / អ្នកលក់ / អ្នកផ្តល់សេវាទូទាត់ប្រាក់លើស។	
9. លេខ ACES AU ID ៖	
10. លេខការអនុញ្ញាត៖ ខ្សែ៖ បច្ច័យ៖	
11. ** ការពិពណ៌អំពីសេវាកម្ម៖ ** មើលសេចក្តីណែនាំ "ជាច្រើន។"	

12. យើងបានទូទាត់ប្រាក់អ្នកលើស $ ពី
ដល់ ។

13. ការពន្យល់ពីការទូទាត់ប្រាក់លើស៖

***** សូមប្រើលេខ **ID** អ្នកជំងឺ **P1** លើការទូទាត់ប្រាក់ ការឆ្លើយឆ្លង និងឯកសារភ្ជាប់ទាំងអស់ និងការហៅទូរសព្ទ។

14. មូលហេតុនៃការទូទាត់ប្រាក់លើស៖ ☐ អ្នកជំងឺ ☐ រដ្ឋបាលក្រសួង

14.a. មិនអើពើនឹងច្បាប់សរុប៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

14.b. ប្រភេទអត្ថប្រយោជន៍៖ ☐ ការទូទាត់ប្រាក់ផ្តាល់របស់អ្នកជំងឺ ☐ អត្ថប្រយោជន៍ទំនិញ និងសេវាកម្មរបស់អ្នកជំងឺ ☐ ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកជំងឺ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ឬមូលហេតុអ្វីអ្នកត្រូវបានទូទាត់ប្រាក់លើស សូមទូរសព្ទទៅ៖

15. ឈ្មោះបុគ្គលិក៖	16. លេខទូរសព្ទបុគ្គលិក៖ អ៊ីមែល៖

A. ផ្ញើសែក ឬបញ្ជាប្រាក់របស់អ្នក ដែលបានធ្វើឱ្យចំណាយបានទៅ "**DSHS / OFR**", សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបានទូទាត់ប្រាក់លើសដល់៖

Department of Social and Health Services (DSHS)
Office of Financial Recovery (OFR)
Client Enforcement Unit (CEU)
PO Box 9501 MS 45862
Olympia, WA 98507-9501

B. ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិភាក្សាពីផែនការទូទាត់ប្រាក់ ទូរសព្ទទៅការិយាល័យស្តារហិរញ្ញវត្ថុ អង្គភាពអនុវត្តអ្នកជំងឺ នៅលេខ៖

(360) 664-5700 (Olympia)
1-800-562-6114 (Toll Free) ជម្រើស 4
1-800-833-6388 (TTY សេវាបញ្ជូនបន្តរដ្ឋ៉ាស៊ីនតោន)

C. ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ប្រាក់ទេ យើងនៅតែអាចប្រមូលពីអ្នក។ ឧទាហរណ៍ យើងអាចតុបតែងប្រាក់ពីប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នក ដាក់ពាក្យកុហកចូលក្នុងឈ្មោះរបស់អ្នកដែលទីឯណេចឡើងលើរបាយការណ៍ឥណទានរបស់អ្នក និង/ឬតុបតែងប្រាក់ពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក។

D. ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងមូលហេតុដែលអ្នកត្រូវបានទូទាត់ប្រាក់លើសទេ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាល ប៉ុន្តែដាសំណើលាយលក្ខណ៍អក្សរប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកមានរយៈពេលតៅសិបថ្ងៃ (90) ពីបង្កាន់ដៃនៃការជូនដំណឹងនេះដើម្បីស្នើសុំសវនការ។ ផ្ញើសំណើដាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក ជាមួយលេខ ID អ្នកជំងឺលើទំព័រទីមួយ។ និងទាំងអស់ តាមរយៈបង្កាន់ដៃត្រលប់មកវិញសំបុត្រដែលបានបញ្ជាក់ស្នើសុំ (CMRRR) ឬការផ្តល់សេវាកម្មដែលអាចតាមដានបានផ្សេងទៀត ចំពោះ៖ ការិយាល័យសវនាការរដ្ឋបាល, Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489។

E. ប្រសិនបើការទូទាត់ប្រាក់លើសរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបង្កើនដោយសារតែលទ្ធផលនៃសវនការរដ្ឋបាល អ្នកលែងមានសិទ្ធិសវនាការតាមរយៈការិយាល័យស្តារហិរញ្ញវត្ថុ។ យោងដីកាចុងក្រោយរបស់អ្នកសម្រាប់សិទ្ធិសវនាការ។ ប្រសិនបើការទូទាត់ប្រាក់លើសរបស់អ្នកត្រូវបានបង្កើនដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានធ្វើឡើងដោយក្រសួង អ្នកមិនមានសិទ្ធិសវនការលើចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង្កើនតែប៉ុណ្ណោះ។