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

수혜자 초과지불 통지서

Client Overpayment Notice

1. 수혜자 이름 및 주소

2. 날짜:	3. OFA / 감사 번호:
4. 결제 시스템: Select one	
5. 보고 단위: 또는 AFRS 조직 인덱스:	
6. * 결제 시스템의 수혜자 ID 번호:	
7. 생년월일:	
8. DSHS 18-399A 비-SSPS 수혜자/벤더/공급자 초과지불 AFRS 코딩 산정 서식을 첨부해야 합니다.	
9. ACES AU ID 번호:	
10. 승인 번호: 라인: 접미사:	
11. **서비스 설명: ** "배수(Multiple)"에 대한 설명서를 확인하세요	

12. 우리는 귀하에게 부터
까지 금액(달러)을 초과지불했습니다.

13. 초과지불에 대한 설명:

***모든 지불금, 서신, 첨부문서, 전화 통화 시 P1 수혜자 ID 번호를 사용해 주십시오.**

14. 초과 지불 사유: ☐ 수혜자 ☐ 행정 부서

14.a. 총액 초과 규칙 무시: ☐ 예 ☐ 아니요

14.b. 혜택 유형: ☐ 고객 직접 지불 ☐ 고객 상품 및 서비스 혜택 ☐ 고객 책임

해당 금액 또는 초과지불된 이유 에 관한 질문은 다음 번호로 전화하십시오.

15. 담당 직원 이름:	16. 담당 직원 전화번호: 이메일:

A. 초과 지불받은 금액의 수표 또는 우편환(머니 오더)을 "**DSHS** / **OFR**" 앞으로 발급해 다음 주소로 보내주십시오.

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. 채무 지불 계획에 관해 의논하려면 아래 DSHS 재무회수국, Client Enforcement Unit 으로 전화하십시오.

(360) 664-5700 (Olympia)
1-800-562-6114 (무료) 옵션 4
1-800-833-6388 (TTY 워싱턴주 교환 서비스)

C. 초과지불금을 환불하지 않으실 경우 당국은 이 금액을 징수할 수 있습니다. 예를 들어 급료로 받는 수표에서 해당 금액을 압류하거나, 신용거래 보고서에 나와 있는 귀하의 이름으로 선취특권을 신청해 놓을 수 있으며, 귀하의 은행계좌에서 돈을 압류해 갈 수 있습니다.

D. 초과지불 받은 것에 동의하지 않을 경우 서면으로만 행정심의회를 신청할 권리가 있습니다. 행정심의회는 이 통지서 수령일로부터 90 일 이내에 신청해야 합니다. 행정심의회 신청은 서신으로 신청하되, 각 페이지에 수혜자의 ID 번호를 반드시 기재하여, 배달 증명 우편 반신 수령증(CMRRR) 또는 기타 추적 가능한 배달 서비스를 통해 아래 주소로 보내주십시오. Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.

E. 행정심의회 결과로 인해 초과지불 금액이 증가하거나 감소한 경우, 더 이상 금융자산회수청(Office of Financial Recovery)을 통해 심의회를 실시할 권리를 갖지 못하게 됩니다. 항소 권리는 귀하의 최종 명령서(Final Order)를 참조해주십시오. 해당 부서의 변경에 따라 초과지불 금액이 증가된 경우, 귀하는 증가된 금액에 대해서만 심의회를 실시할 권리를 갖습니다.