اعلامیه اضافه پرداخت به فروشنده/ ارائه دهنده

Vendor / Provider Overpayment Notice

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

1. نام و آدرس فروشنده/ ارائه دهنده

2. تاریخ:

3. سیستم پرداخت:

4. واحد گزارش دهنده یا شاخص سازمان:

5. * شماره شناسه فروشنده/ ارائه دهنده در سیستم پرداخت: VR

6. یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

a. ☐ SSPS. باید برگه محاسبات پرداخت اضافی DSHS 18-399 SSPS مشتری/ ارائه دهنده را ضمیمه کنید؛ یا، ترجیحاً فرم اضافه پرداخت را به صورت الکترونیکی در آدرس زیر تکمیل کنید:
http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/

b. ☐ غیر-SSPS. باید کدگذاری AFRS محاسبات پرداخت اضافی DSHS 18-399A غیرSSPS مشتری/ فروشنده/ ارائه دهنده را ضمیمه کنید.

7. a. * شماره مجوز:
b. * خط:
c. * پسوند:

8. * شرح خدمات:

9. * نام دریافت کننده

دستورالعملهای مربوط به مورد "چندگانه" را مطالعه کنید.

10. بنا بر تصمیم ما، شما از تاریخ _____ تا _____ مبلغ _____ دلار در زمینه کالا یا خدمات، اضافه پرداخت دریافت کرده اید.

11. خطای اضافه پرداخت: ☐ فروشنده/ ارائه دهنده ☐ سازمان

12. شرح اضافه پرداخت:

ما باید طی بیست (20) روز از تاریخ دریافت این اعلامیه، مبلغ را دریافت کنیم. چک یا مانی اوردر خود را در وجه "DSHS / OFR" به این آدرس ارسال کنید (با ذکر شماره فروشنده/ ارائه دهنده در کلیه پرداخت ها، مکاتبات و تماس های تلفنی):

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

اگر برای بازپرداخت به برنامه ای نیاز دارید، با اداره وصول مطالبات بخش فروشندگان تماس بگیرید:

(360) 664-5700
1-800-562-6114(رایگان)
1-800-833-6388(سیستم تلفن مخصوص ناشنوایان ایالت واشنگتن)

اگر با اعلامیه مخالف هستید می تواند درخواست برگزاری جلسه استیناف نمایید. درخواست شما باید کتبی بوده و شامل موارد زیر باشد:

- نام، آدرس، شماره تلفن شما و شماره فروشنده/ ارائه دهنده (روی هر و کلیه صفحات).
- اعلام دلیلی (دلایلی) که تصور می کنید بنا بر آن این اعلامیه نادرست است و هرگونه مدرک بیشتر را ضمیمه کنید.
- درخواست باید طی بیست و هشت روز (28) از تاریخ دریافت این اعلامیه به دست وصول مطالبات مالی (به آدرس فوق) برسد.
- درخواست باید از طریق پست سفارشی با درخواست رسید (CMRRR) یا سایر خدمات پستی قابل ره گیری ارسال شده باشد.

ما از طریق حکم وصول طلب، اجرائیه سند رهنی، توقیف و فروش اموال شخصی یا مستغلات شما، حکم منع و تحویل (توقیف مال) یا هر اقدام ممکن دیگر که بتواند به وصول بدهی اضافه پرداخت منجر شود، این بدهی را وصول می کنیم (RCW 43.20B.675).

ما می توانیم سود و هرگونه هزینه مرتبط با وصول این اضافه پرداخت را از شما دریافت کنیم (RCW 43.20B.695).

13. شماره تلفن کارگر:	14. آدرس ایمیل کارگر	15. نام کارگر (با حروف چاپی بزرگ)

دستورالعملهای مربوط به تکمیل اعلامیه اضافه پرداخت به فروشنده، DSHS 18-398A

یک بسته کامل اعلامیه اضافه پرداخت به فروشنده/ ارائه دهنده باید حاوی این موارد باشد: a) فرم DSHS 18-398A، اعلامیه اضافه پرداخت به فروشنده/ ارائه دهنده، و b) فرم DSHS 18-399، محاسبه پرداخت نادرست سازمان خدمات اجتماعی **یا** فرم کدگذاریAFRS محاسبات پرداخت اضافی DSHS 18-399A غیر-SSPS برای مشتری/ فروشنده/ ارائه دهنده. کلیه فرم ها به صورت آنلاین قابل دسترسی هستند:
http://asd.dshs.wa.gov/FormsMan/FormPicker.aspx

لطفاً همه فرم ها را به صورت آنلاین تکمیل نموده و به صورت ضمیمه ایمیل به این آدرس ارسال کنید: **vendorop@dshs.wa.gov** یا فرم تکمیل شده را چاپ نموده و با استفاده از پست پردیس به اداره وصول مطالبات **(OFR)** در MS 45862 ارسال نمایید یا از طریق پست ایالات متحده امریکا (USPS) به Office of Financial Recovery, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501 **ارسال نمایید.**

روش مورد ترجیح برای **کلیه فرم های اضافه پرداخت SSPS فروشنده/ ارائه دهنده**، ارائه اینترنتی فرم اضافه پرداخت است:
http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/

در صورت داشتن هرگونه سوال یا نیاز به هر نوع کمک دیگر، با آدرس vendorop@dshs.wa.gov مکاتبه کنید.

A. تکمیل فرم های اضافه پرداخت (باید به صورت تایپ شده تکمیل شود) (توجه: تکمیل همه بخش ها اجباری است)

لطفاً یک نسخه کپی از اعلامیه اضافه پرداخت را برای فروشنده/ ارائه دهنده ارسال نکنید. OFR بدهی را به روشی مناسب به آنان خواهد رساند.

1. نام و آدرس فروشنده/ ارائه دهنده: نام و آدرس تجاری فروشنده/ ارائه دهنده را مطابق با آنچه در قرارداد وجود دارد ارائه دهید.
2. تاریخ: تاریخی که فرم 18-398A تکمیل شده را ذکر کنید.
3. سیستم پرداخت: نام مخفف سیستم پرداختی که برای پرداخت اصلی استفاده شده را ذکر کنید. برای مثال: SSPS (سیستم پرداخت خدمات اجتماعی)، IPOne (ProviderOne فردی)، SSBP (صورتحساب و سیستم پرداخت خدمات اجتماعی) یا P1Med (ProviderOne پزشکی).
4. واحد گزارش دهنده یا شاخص سازمان AFRS: واحد گزارش دهنده یا شاخص سازمان AFRS از اداره ای صادر کننده اجازه پرداخت را وارد کنید.
5. شماره شناسه فروشنده/ ارائه دهنده در سیستم پرداخت: شماره شناسه فروشنده/ ارائه دهنده که اضافه پرداخت برای آن انجام شده را وارد کنید و پس از آن پسوند "VR" را اضافه نمایید (قابل دریافت برای فروشنده).
6. خانه مربوط به SSPS یا غیر-SSPS را علامت بزنید و برگه محاسبات مربوطه را ضمیمه کنید.

SSPS- اگر SSPS پرداخت را انجام داده، این خانه را علامت بزنید، فرم محاسبه پرداخت نادرست سازمان خدمات اجتماعی DSHS 18-399 باید ضمیمه شود. توجه: روش مورد ترجیح برای کلیه فرم های اضافه پرداخت SSPS فروشنده/ ارائه دهنده، ارائه اینترنتی فرم اضافه پرداخت است:
http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/

a. غیر- SSPS- اگر SSPS پرداخت را انجام نداده، این خانه را علامت بزنید، فرم کدگذاری AFRS محاسبات پرداخت اضافی غیرSSPS مشتری/ فروشنده/ ارائه دهنده DSHS 18-399A برای اضافه پرداختهای غیر SSPS باید ضمیمه شود.

7. a. *شماره مجوز: شماره مجوز برای سیستمی که اضافه پرداخت را انجام داده، وارد کنید. *اگر بیش از یک مجوز در روند اضافه پرداخت نقش داشته اند، کلمه "چندگانه" را بنویسید و کلیه برگه های محاسباتی را ضمیمه نمایید.
   b. شماره خط مجوز: در صورت وجود، شماره خط مجوز از سیستمی که اضافه پرداخت را انجام داده، وارد کنید. *اگر بیش از یک مجوز در روند اضافه پرداخت نقش داشته اند، کلمه "چندگانه" را بنویسید و کلیه برگه های محاسباتی را ضمیمه نمایید.
   c. پسوند مجوز: در صورت وجود، شماره پسوند مجوز از سیستمی که اضافه پرداخت را انجام داده، وارد کنید. *اگر بیش از یک مجوز در روند اضافه پرداخت نقش داشته اند، کلمه "چندگانه" را بنویسید و کلیه برگه های محاسباتی را ضمیمه نمایید.
8. شرح خدمات: شرحی از خدمات ارائه شده بنویسید. *اگر بیش از یک خدمات در روند اضافه پرداخت نقش داشته اند، کلمه "چندگانه" را بنویسید و کلیه برگه های محاسباتی را ضمیمه نمایید.
9. نام دریافت کننده: مشتری DSHS که خدمات مرتبط با اضافه پرداخت را دریافت می کند. *اگر بیش از یک دریافت کننده خدمات در روند اضافه پرداخت نقش داشته اند، کلمه "چندگانه" را بنویسید و کلیه برگه های محاسباتی را ضمیمه نمایید.
10. مبلغ و مدت زمان اضافه پرداخت خدمات: مبلغ و زمان آغاز و پایان دوره اضافه پرداخت را وارد کنید.
11. خطای اضافه پرداخت: بررسی کنید که چه کسی باعث این اضافه پرداخت شده است، "فروشنده/ ارائه دهنده" یا "سازمان". در صورتی که فروشنده/ ارائه دهنده عامل خطای اضافه پرداخت باشد، برای اضافه پرداختهایی که 100 دلار یا بیشتر هستند سود ماهانه دریافت می شود.
12. شرح اضافه پرداخت: شرح کوتاهی از آنچه باعث اضافه پرداخت شده را ذکر کنید.
13. شماره تلفن کارگر: شماره تلفن مستقیم خود را وارد کنید.
14. آدرس ایمیل کارگر: آدرس ایمیل کاری خود را وارد کنید.
15. نام کارگر: نام خود را در این قسمت با حروف چاپی بنویسید.

B. اصلاح اضافه پرداخت

هنگام اصلاح اضافه پرداخت، روی اعلامیه قبلی فرم اضافه پرداخت ننویسید "لغو" و هیچ اطلاعاتی را نیز به صورت دستی روی آن ننویسید. فرم جدیدی را مطابق با دستورالعملهای فوق در بخش A تکمیل نمایید. تاریخ روز را برای فرم اصلاحی ذکر کنید.

در خانه شماره 12 تایپ کنید: "این فرم اصلاحی اضافه پرداخت است به تاریخ: سال/ روز/ ماه"، سپس دلیل اصلاح اضافه پرداخت را شرح دهید. این اطلاعات به پرسنل OFR امکان می دهد تا بدانند کدام پرونده بدهی را باید اصلاح کنند و برای فروشنده/ ارائه دهنده نیز مفید خواهد بود.