

**Уведомление о  
переплате услуг  
продавца или  
поставщика  
Vendor / Provider Overpayment  
Notice**

1. ИМЯ И АДРЕС ПРОДАВЦА ИЛИ ПОСТАВЩИКА

2. Дата:
3. Платежная система:
4. Учетное подразделение: _____ или индекс организации (Org Index): _____
5. Идентификационный номер продавца или поставщика в платежной системе: _____ VR
6. Выберите одно из следующего: a. <input type="checkbox"/> SSPS. Необходимо прикрепить вычислительный бланк DSHS 18-399 SSPS Client / Provider Overpayment Computation Sheet; или, что более удобно, отправить формуляр в отношении переплаты посредством Интернета: <a href="http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/">http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofroverpaymentapp/</a> b. <input type="checkbox"/> Non-SSPS. Необходимо прикрепить формуляр DSHS 18-399A Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment AFRS Coding Computation.
7. a. * Номер авторизации: b. * Строка: c. * Суффикс:
8. * Описание услуги:
9. * Имя получателя:

\*См. инструкции в отношении «Multiple»

(«Несколько»).

10. Мы определили, что вы получили переплату за товары или услуги, предоставленные в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ в размере \$\_\_\_\_\_.

11. Ошибка с начислением лишней платы:  Продавец или поставщик  Департамент

12. Разъяснение переплаты:

Мы должны получить платеж в течение двадцати (20) дней с момента получения вами этого извещения. Отправьте чек или денежный перевод (с указанием номера продавца или поставщика на всех чеках об осуществлении оплаты, во всех письмах и при совершении вами телефонных звонков) в «DSHS / OFR» по 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

Если вы хотите договориться об особом порядке оплаты, позвоните в Офис по финансовой помощи (Office of Financial Recovery Vendor recovery):

(360) 664-5700

1-800-562-6114 (бесплатный звонок)

1-800-833-6388 (телетайп - диспетчерская служба штата Вашингтон)

Вы можете запросить проведение административного слушания, если вы не согласны с требованиями, указанными в данном уведомлении. Запрос должен быть подан в письменном виде и включать в себя:

- Ваше имя и фамилию, адрес, номер телефона и номер продавца или поставщика (указать на каждой странице).
- Укажите причины, по которым вы считаете, что это уведомление неправильное и приложите 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 (Certified Mail Return Receipt Requested, CMRRR) 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).**

13. НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОТРУДНИКА

14. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ  
СОТРУДНИКА

15. ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА  
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

## Инструкция по заполнению Уведомления о переплате услуг поставщика, DSHS 18-398A

Полный пакет документов, связанных с переплатой услуг продавца или поставщика должен включать в себя: а) формуляр DSHS 18-398A, Уведомление о переплате услуг продавца или поставщика (Vendor / Provider Overpayment Notice); и б) формуляр DSHS 18-399, Подсчет неправильной суммы оплаты социальных услуг (Social Service Incorrect Payment Computation) или форму DSHS 18-399A, Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice AFRS Coding Computation. Все формуляры доступны в интернете на веб-сайте: <http://asd.dshs.wa.gov/FormsMan/FormPicker.aspx>. Заполните все формуляры в отношении переплаты, не связанные со службой платежей за социальные услуги (non-SSPS) в интернете и отправьте в качестве вложения к электронному сообщению на адрес: [vendorop@dshs.wa.gov](mailto:vendorop@dshs.wa.gov), или же распечатайте формуляр и направьте его посредством университетской почты (campus mail) в Office of Financial Recovery (OFR) at MS 45862 или с помощью почтовой службы США (United States Postal Service, USPS) по адресу Office of Financial Recovery, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501.

Самым лучшим методом подачи формуляров **для всех случаев переплаты услуг продавца или поставщика в рамках SSPS** является заявка в отношении переплаты в адрес Офиса финансовой помощи посредством интернета: <http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofoverpaymentapp/>

Если у вас возникли какие-либо вопросы или вы нуждаетесь в помощи, отправьте сообщение электронной почты на адрес: [vendorop@dshs.wa.gov](mailto:vendorop@dshs.wa.gov)

### **А. Заполнение формуляра о переплате (печатным шрифтом) (ПРИМЕЧАНИЕ: Все поля обязательны для заполнения)**

**Не отправляйте копию формуляра о переплате продавцу или поставщику OFR сообщит им об имеющейся у них задолженности.**

1. Имя и адрес продавца или поставщика: Предоставьте имя и рабочий адрес продавца или поставщика, в соответствии с данными, указанными в контракте.
2. Дата: Введите дату заполнения формуляра 18-398A
3. Платежная система: Укажите платежную систему, с помощью которой была осуществлена первоначальная оплата. Например: SSPS (Social Service Payment System), IOne (Individual ProviderOne), SSBP (Social Service Billing and Payment System) или P1Med (ProviderOne Medical).
4. Учетное подразделение или индекс AFRS Org Index: Укажите учетное подразделение или организационный индекс AFRS отделения, авторизовавшего оплату.
5. Идентификационный номер продавца или поставщика в платежной системе: Укажите идентификационный номер поставщика или продавца в платежной системе, которая была использована для переплаты, добавив суффикс «VR» (Vendor Receivable).
6. Поставьте галочку напротив SSPS или Non-SSPS и приложите соответствующий вычислительный бланк.  
**SSPS** – Поставьте галочку здесь, если платеж был совершен SSPS; необходимо приложить формуляр DSHS 18-399 Подсчет неправильной суммы оплаты социальных услуг (Social Service Incorrect Payment Computation). ПРИМЕЧАНИЕ: Самым лучшим методом подачи формуляров является заявка в отношении переплаты в адрес OFR для всех случаев переплат продавцам или поставщикам с использованием SSPS: <http://issdapps.dshs.wa.lcl/ofoverpaymentapp/>
  - a. Non-SSPS – Поставьте здесь галочку, если SSPS не осуществила этот платеж; необходимо приложить формуляр DSHS 18-399A Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice, AFRS Coding Computation.
7.
  - a. \* Номер авторизации: Укажите номер авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж. \*Укажите «Multiple», если было использовано несколько авторизаций и перечислите их на отдельном вычислительном бланке.
  - b. \* Номер строки авторизации: Укажите номер строки авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж. \*Укажите «Multiple», если было использовано несколько строк авторизации и перечислите их на отдельном вычислительном бланке.
  - c. \* Суффикс авторизации: Укажите суффикс авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж. \*Укажите «Multiple», если было использовано несколько суффиксов авторизации и перечислите их на отдельном вычислительном бланке.
8. \* Описание услуги: Укажите описание предоставленной услуги. \*Укажите «Multiple», если переплата связана с несколькими описаниями услуг и перечислите их на отдельном вычислительном бланке.
9. \* Имя получателя: Имя клиента DSHS, получившего услуги, связанные с переплатой. \*Укажите «Multiple», если переплата связана с несколькими получателями и перечислите их на отдельном вычислительном бланке.
10. Период и сумма переплаченной услуги: Укажите дату начала и окончания переплаты и ее сумму.
11. Ошибка с начислением лишней платы: Укажите, по чьей вине произошла переплата, указав «Vendor / Provider» или «Department». Ежемесячные проценты будут начисляться на сумму переплаты, превышающую \$100, в случае, если она произошла по вине продавца или поставщика.
12. Разъяснение переплаты: Кратко объясните причину переплаты.
13. Телефон работника: Укажите свой номер телефона
14. Адрес электронной почты сотрудника: Укажите свой рабочий адрес электронной почты.
15. Имя и фамилия сотрудника: Напечатайте здесь свое имя

### **В. Изменение переплаты**

Если вы вносите изменения в случай переплаты, **НЕ** пишите от руки «Отмена» и не ставьте иных пометок на старом формуляре уведомления о переплате. Заполните новый формуляр, следуя инструкциям из Раздела А. Используйте актуальную дату.

В поле 12 впишите: «Это изменение уведомления о переплате от месяц/день/год» («This is a modification of an overpayment dated: mm/dd/yyyy»). Затем объясните причину внесения изменений в уведомление о переплате услуг. Эта информация даст понять OFR, какая задолженность должна быть изменена, она также будет полезна продавцу или поставщику.