



벤더/공급자 초과지불 통지서

Vendor / Provider Overpayment Notice

1. 벤더/공급자의 이름과 주소

2. 날짜:	
3. 결제 시스템:	
4. 보고 단위:	또는 조직 인덱스:
5. 결제 시스템의 벤더/공급자 ID:	VR
6. 다음 중 하나를 선택하세요.	
a. <input type="checkbox"/> SSPS. DSHS 18-399 SSPS 의뢰인/공급자 초과지불 산정 시트를 첨부해야 합니다. 가급적이면 초과지불 서식을 다음 인터넷 주소로 제출하십시오. https://sspsoverpayments.dshs.wa.lcl/	
b. <input type="checkbox"/> 비-SSPS. DSHS 18-399A 비-SSPS 수혜자/벤더/공급자 초과지불 AFRS 코딩 산정 서식을 첨부해야 합니다.	
7. a. * 인증 번호:	
b. * 라인:	
c. * 접미사:	
8. * 서비스 설명:	
9. * 수혜자 이름:	

* “배수(Multiple)”에 대한 설명서를 확인하세요

10. 당국은 귀하가 _____로부터 _____에게 전달된 \$ _____의 물품 또는 서비스에 대한 초과지불금을 받았음을 확인했습니다.

11. 초과지불 오류: 벤더 / 공급자 부서

12. 초과지불에 대한 설명:

당국은 이 통지서를 수령한 날로부터 이십(20)일 이내에 지불금을 받아야 합니다. “DSHS/OFR”이 지불 대상인 수표 또는 우편환(모든 결제, 왕복서신, 전화 통화 시에 벤더/공급자 번호를 포함 시)을 다음 주소로 보내십시오.

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR)
PO BOX 9501 MS 45862
OLYMPIA WA 98507-9501

상환을 위한 타협을 해야 한다면, 재무 회수국 벤더 회수 부서에게 전화하십시오.
(360) 664-5700

1-800-562-6114 (수신자 부담 전화) 내선번호 45919

1-800-833-6388 (TTY-워싱턴 주 중계 서비스)

이 통지서 내용에 동의하지 않으시면 행정 심의회를 요청하실 수 있습니다. 요청서를 서면으로 작성하고 다음 내용을 포함시켜야 합니다.

- 귀하의 이름, 주소, 전화번호 및 벤더/공급자 번호(각 페이지에 기재할 것).
- 이 통지서 내용이 잘못되었다고 생각하는 이유를 기술하고 귀하의 생각을 뒷받침하는 증빙서류를 첨부하십시오.
- 이 통지서 수령일로부터 이십팔(28)일 이내에 재무 회수국(위 주소 참조)이 요청을 접수해야 합니다.
- 배달 증명 우편 반신 수령증(CMRRR), 이메일(OFRMMISVendor@dshs.wa.gov), 팩스((360) 664-8410) 또는 기타 추적 가능한 배달 서비스를 통해 배송해야 합니다.

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 참조하십시오. 해당 부서의 변경에 따라 초과지불 금액이 증가된 경우, 귀하는 증가된 금액에 대해서만 심의회를 실시할 권리를 갖습니다.

당국은 본 초과지불금을 징수하기 위해 귀하의 사유재산 및 부동산에 대한 유치권 청구와 담보권 행사, 압류 및 매각, 보류 및 전달 명령서(차압) 또는 본 채무를 집행하는 데 필요한 기타 징수 조치를 취할 수 있습니다(RCW 43.20B.675).

또한 본 초과지불금 징수에 관계되는 이자와 모든 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다(RCW 43.20B.695).

13. 담당 직원 전화번호	14. 담당 직원 이메일 주소	15. 담당 직원 이름(정차제로 기입할 것)
----------------	------------------	--------------------------