



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

إشعار المدفوعات الزائدة للعميل  
Client Overpayment Notice

1. اسم العميل وعنوانه

2. التاريخ:	3. مكتب الاسترداد المالي (OFA)/رقم عملية التدقيق:
4. نظام الدفع: اختر واحدًا.	
5. وحدة الإبلاغ: أو الفهرس التنظيمي لنظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS):	
6. * رقم تعريف العميل الخاص بنظام الدفع:	
7. تاريخ الميلاد:	
8. حدد واحدًا مما يلي: أ. <input type="checkbox"/> نظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS). يجب إرفاق ورقة حساب المدفوعات الزائدة الخاصة بنموذج DSHS 18-399 الخاص بنظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS) للعميل/مقدم الخدمات. ب. <input type="checkbox"/> نظام آخر غير نظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS). يجب إرفاق ورقة حساب ترميز المدفوعات الزائدة في نظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS) الخاصة بنموذج DSHS 18-399A الخاص بنظام آخر غير نظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS) للعميل/المورد/مقدم الخدمات.	
9. رقم التعريف المعتمد للنظام الآلي لأهلية العميل (ACES):	
10. رقم التفويض: السطر: اللاحقة:	
11. ** وصف الخدمة: ** راجع التعليمات الخاصة بكلمة "متعددة(ة)".	

12. لقد تلقيت منا مدفوعات زائدة بلغت دولارًا في الفترة من إلى

\* يرجى استخدام رقم هوية العميل في جميع المدفوعات، والمراسلات، والمرفات، والمكالمات الهاتفية.

13. وقد حدث هذا بسبب:

14. سبب المدفوعات الزائدة:  العميل  الإدارة

14. أ. تجاهل قاعدة إجمالي المبلغ الزائد:  نعم  لا  
إذا كانت لديك أسئلة حول المبلغ الزائد أو السبب وراء حصولك على مدفوعات زائدة، فيرجى الاتصال على:

15. اسم العامل:	16. رقم هاتف العامل: البريد الإلكتروني:
-----------------	--

أ. أرسل الشيك المصرفي أو الحوالة المالية، المستحقة الدفع إلى "إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)/مكتب الاسترداد المالي (OFR)"، مقابل المبلغ الذي تم دفعه كمدفوعات زائدة إلى:

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

ب. إذا كنت ترغب في مناقشة خطة دفع، فاتصل بمكتب الاسترداد المالي (OFR) التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، وحدة إنفاذ القوانين الخاصة بالعملاء، على:

(Olympia) (360) 664-5700

1-800-562-6114 رقم داخلي (مجاني). 16183

1-800-833-6388 (هاتف نصي خدمة الترحيل في ولاية واشنطن)

ج. إذا لم تدفع المبالغ المستحقة، فلا يزال بإمكاننا تحصيل المدفوعات الزائدة منك. على سبيل المثال، يمكننا حجز الأموال من شيك راتبك، وتقديم طلب حجز باسمك الذي سيظهر في تقريرك الائتماني، و/أو حجز الأموال من حسابك (حساباتك) المصرفي.

د. إذا كنت لا توافق على سبب حصولك على المدفوعات الزائدة، فيحق لك طلب عقد جلسة استماع إدارية، ولكن من خلال طلب مكتوب فقط. لديك فترة تسعين (90) يومًا من تاريخ استلام هذا الإشعار لطلب عقد جلسة استماع. أرسل طلبك المكتوب، مع وضع رقم تعريف العميل في كل صفحة، عن طريق إيصال استلام البريد المسجل المعتمد (CMRRR) أو أي خدمة توصيل أخرى يمكن تتبعها، إلى:

Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.

هـ. إذا تم تخفيض أو زيادة المدفوعات الزائدة بسبب نتائج جلسة الاستماع الإدارية، فلن تتمتع بحقوق طلب عقد جلسة الاستماع من مكتب الاسترداد المالي (OFR) بعد الآن. راجع الأمر النهائي بشأن حقوق الاستئناف. إذا حدثت زيادة في المدفوعات الزائدة بسبب تغيير أجرته الإدارة، فلديك حقوق طلب عقد جلسة الاستماع بشأن مبلغ الزيادة فقط.

## تعليمات لاستكمال إشعار المدفوعات الزائدة للعميل، DSHS 18-398

يجب أن تتضمن مجموعة الوثائق الكاملة الخاصة بالمدفوعات الزائدة للعميل ما يلي: (أ) نموذج DSHS 18-398، إشعار المدفوعات الزائدة للعميل؛ و(ب) نموذج DSHS 18-399، حساب الدفع غير الصحيح للخدمات الاجتماعية أو نموذج DSHS 18-399A، ورقة حساب ترميز المدفوعات الزائدة في نظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS) الخاصة بنظام آخر غير نظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS) للعميل/المورد/مقدم الخدمات. جميع النماذج متاحة على الإنترنت من خلال <https://forms.dshs.wa.lcl/>. يرجى كتابة جميع النماذج عبر الإنترنت بطريقة آلية (وليس بخط اليد) وإرسالها كمرفق بالبريد الإلكتروني إلى: [clienttop@dshs.wa.gov](mailto:clienttop@dshs.wa.gov) أو طباعتها وإرسالها عبر خدمة البريد العادي في الولاية إلى مكتب الاسترداد المالي (OFR) على العنوان: MS 45862 أو عن طريق خدمة بريد الولايات المتحدة (USPS): OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى أي مساعدة أخرى، فأرسل بريدًا إلكترونيًا إلى: [clienttop@dshs.wa.gov](mailto:clienttop@dshs.wa.gov)

### A. استكمال نماذج المدفوعات الزائدة

تلمزم كتابتها آليًا (وليس بخط اليد). يُعد استكمال جميع الفراغات أمرًا إلزاميًا. يجب أن تمثل إشعارات إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) ولاية واشنطن بطريقة احترافية. يجب أن تكون الإشعارات واضحة ومقروءة من أجل احتياجات توفير الإفادات لمكتب الاسترداد المالي (OFR)، ومن أجل العملاء كإشعار بالديون. لا تُعَمَّ بارسال، أو إعطاء نسخة من الإشعارات بالمدفوعات الزائدة إلى العميل. سيقيم مكتب الاسترداد المالي (OFR) بإخطاره بالديون بشكل صحيح، بعد أن ينشئ المكتب الإشعارات.

1. اسم العميل وعنوانه: أدخل اسم العميل وعنوانه كما يظهر في نظام الدفع.
2. التاريخ: أدخل تاريخ ملء نموذج DSHS 18-398.
3. مكتب الاسترداد المالي (OFA)/رقم عملية التدقيق: أدخل أي مكتب الاسترداد المالي (OFA)/رقم عملية تدقيق ينطبق على هذه المدفوعات الزائدة.
4. نظام الدفع: أدخل الاختصار الخاص بنظام الدفع الذي تم استخدامه لإجراء عملية الدفع الأصلية. على سبيل المثال: SSPS (Social Service Payment System)، أو IPOne (Individual ProviderOne)، أو SSBP (Social Service Billing and Payment System)، أو P1Med (ProviderOne Medical).
5. نظام الإبلاغ المالي أو الفهرس التنظيمي لنظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS): أدخل نظام الإبلاغ المالي أو الفهرس التنظيمي لنظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS) الخاص بالمكتب الذي سمح بإجراء عملية الدفع.
6. رقم تعريف العميل الخاص بنظام الدفع: أدخل رقم تعريف العميل الذي حدثت بموجبه عملية المدفوعات الزائدة.
7. تاريخ الميلاد: أدخل تاريخ ميلاد العميل بالتنسيق "شهر/يوم/سنة".
8. حدد خانة الاختيار إما نظام SSPS أو نظام Non-SSPS، وقم بتضمين ورقة الحساب ذات الصلة (18-399 أو 18-399A).
  - a. SSPS - حدد خانة الاختيار هذه إذا كان نظام SSPS هو نظام الدفع؛ يجب إرفاق نموذج DSHS 18-399 لحساب الدفع غير الصحيح للخدمات الاجتماعية.
  - b. Non-SSPS - حدد خانة الاختيار هذه إذا لم تكن عملية الدفع قد تمت من خلال نظام SSPS؛ يجب إرفاق نموذج DSHS 18-399A، ورقة حساب ترميز المدفوعات الزائدة في نظام الإبلاغ المالي للوكالات (AFRS) الخاصة بنظام آخر غير نظام دفع الخدمات الاجتماعية (SSPS) للعميل/المورد/مقدم الخدمات، وذلك للمدفوعات الزائدة التي تمت من خلال نظام آخر غير نظام SSPS.
9. رقم التعريف المعتمد للنظام الآلي لأهلية العميل (ACES): أدخل رقم التعريف المعتمد للنظام الآلي لأهلية العميل (ACES) إذا كان متاحًا.
10. رقم التفويض: أدخل رقم التفويض الخاص بالنظام الذي أجرى عملية الدفع. أدخل كلمة "متعددة(ة)" إذا كان هناك أكثر من تفويض يتعلق بالمدفوعات الزائدة وأدرجهما جميعًا في ورقة الحساب ذات الصلة (18-399 أو 18-399A).
- رقم سطر التفويض: أدخل رقم سطر التفويض الخاص بالنظام الذي أجرى عملية الدفع إن أمكن.
- رقم اللائحة الخاصة بالتفويض: أدخل رقم اللائحة الخاصة بالتفويض الخاص بالنظام الذي أجرى عملية الدفع إن أمكن.
11. وصف الخدمة: اذكر بيانًا ووصفًا للخدمة التي يتم تقديمها. أدخل كلمة "متعددة(ة)" إذا كان هناك أكثر من وصف للخدمات المقدمة فيما يتعلق بالمدفوعات الزائدة وأدرجها جميعًا في ورقة الحساب ذات الصلة (18-399 أو 18-399A).
12. المبلغ وفترة الخدمة الخاصة بالمدفوعات الزائدة: أدخل المبلغ وبداية ونهاية الفترات الزمنية التي حدثت فيها عملية المدفوعات الزائدة.
13. شرح أسباب المدفوعات الزائدة: تقديم شرح موجز عن أسباب حدوث عملية المدفوعات الزائدة.
14. سبب الخطأ الذي أدى إلى المدفوعات الزائدة: حدد من المتسبب في حدوث المدفوعات الزائدة، إما "العميل" أو "الإدارة".
  - A. تجاهل قاعدة إجمالي المبلغ الزائد: إذا كانت الدفعة الزائدة للعميل نتيجة لزيادة بأثر رجعي في تحديد مسؤولية العميل ولم تنعكس الزيادة في نظام ACES ونظام ProviderOne، فاختر "نعم"، وإذا كان غير ذلك، فاختر "لا".
15. اسم العامل: اكتب اسمك في هذا المربع.
16. رقم هاتف العامل وعنوان بريده الإلكتروني: أدخل رقم هاتفك المباشر وعنوان بريدك الإلكتروني.

### ب. تعديل (تعديلات) معلومات المدفوعات الزائدة

عند تعديل معلومات المدفوعات الزائدة، لا تكتب كلمة "إلغاء" أو أي معلومات أخرى مكتوبة بخط اليد في نموذج إشعار المدفوعات الزائدة القديم أو عبره. لكن ينبغي استكمال نموذج جديد باتباع الإرشادات الواردة في القسم "أ" أعلاه. وكتب تاريخ اليوم الحالي. اكتب ما يلي في المربع رقم 13: "هذا تعديل لعملية مدفوعات زائدة تمت بتاريخ: شهر/يوم/سنة"، ثم اشرح سبب تعديل المدفوعات الزائدة. ستوضح هذه المعلومات لموظفي مكتب الاسترداد المالي (OFR) الديون التي يجب تعديلها، وستكون بمثابة توضيح مفيد لهم.