



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

DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

DCYF 个案当事人溢付款通知函

DCYF Client Overpayment Notice

1. 个案当事人姓名与地址

12. 我们向您溢付了\$ (从 至)。

13. 发生这种情况的原因是:

14. 发生溢付的原因: 个案当事人 部门

如果您对溢付款的金额或原因有任何疑问, 请致电:

15. 工作人员姓名:	16. 工作人员电话号码: 电子邮件:
-------------	------------------------

A. 请在您用以偿还溢付款项的个人支票或银行汇票之收款人一栏内填写“**DSHS/OFR**”, 并将此支票或银行汇票寄送至:

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. 如果您愿意商议一项付款安排, 请致电 DSHS 财务追缴处个案当事人执法组, 电话号码是:

(360) 664-5700 (Olympia)
1-800-562-6114 (免费电话) 分机 16183
1-800-833-6388 (TTY - 华盛顿州转接服务)

C. 如果您不偿还该款项, 我们仍可采取征款措施。例如, 我们可从您的薪资中扣除这一款项, 提出对您的留置权 (这将出现于您的信用报告中), 并从您的银行存款中扣缴这一款项。

2. 日期:	3. OFA/审计编号:
4. 支付系统: Select one.	
5. 报告单位: 或 AFRS 组织索引:	
6. * 支付系统的个案当事人身份识别号码:	
7. 出生日期:	
8. 选择下列其中一种方式: a. <input type="checkbox"/> SSPS。必须附上 DSHS 18-399 SSPS 个案当事人/服务提供者溢付款计算表格。 b. <input type="checkbox"/> 非 SSPS。必须附上 DSHS 18-399A 非 SSPS 个案当事人/服务提供商/服务提供者溢付款 AFRS 编码计算表格。	
9. ACES 个案当事人补助领取组识别号码:	
10. 授权号码: 行: 后缀:	
11. ** 服务描述: ** 参见说明, 了解“Multiple”。	

* 请在所有付款支票、往来信件、附件和电话联系中使用此个案当事人身份识别号码。

- D. 如果消费者对影响其 WCCC 福利（包括溢付）的 DCYF 决定有异议，依据 WAC 第 [110-03](#) 章(WAC [110-15-0280](#))具有行政听证权利。消费者听证申请：
- 1) 可亲自登门或打电话联络 DCYF 来进行申请，或者向 DCYF 提交书面申请（也依照 WAC [110-03-0060](#) 和 [110-03-0080](#) 提交给行政听证处(OAH)）。可将书面申请寄送至：Office of Administrative Hearing, P.O. Box 42489, Olympia WA 98504-2489。
 - 2) 如果提交书面申请，必须包含 WAC [110-03-0050](#)(2)中描述的信息和文档。
 - 3) 必须在消费者收到上诉决定后 90 天内提交申请。完成行政听证后，OAH 依据 WAC [110-03-0460](#) 和 [110-03-0480](#) 签发最初裁决令。如果消费者对最初裁决令有异议，可依据 WAC [110-03-0510](#) 至 [110-03-0550](#) 申请复审。
- 当消费者申请对最初裁决令进行复审时，复审法官会考虑复审申请、最初裁决令和听证记录，然后签发最终裁决令。如果消费者对最终裁决令有异议，可依据 WAC [110-03-0570](#) 至 [110-03-0580](#) 申请重新考虑，或依据 WAC [110-03-0590](#) 寻求司法复审。
- E. 如果您的溢付款因为行政听证会的结果而减少或增加，则您在财务追缴处不再拥有听证权利。参阅您的“上诉权最终裁决令”。如果您的溢付款因为本部门做出的更改而增加，则您仅对增加的金额拥有听证权利。