



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

ໃບແຈ້ງການຈ່າຍເງິນເກີນສໍາລັບລູກຄ້າ  
Client Overpayment Notice

1. ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າ

2. ວັນທີ:	3. OFA / ເລກການກວດກາ:
4. ຣະບົບການຈ່າຍເງິນ: <b>Select one.</b>	
5. ຫນ່ວຍການລາຍງານ:	ຫລື AFRS Org Index:
6. * ເລກ ID ລູກຄ້າຂອງຣະບົບການຈ່າຍເງິນ:	
7. ວັນເກີດ:	
8. ເລືອກເອົາແນວນຶ່ງຂອງສິ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້: a. <input type="checkbox"/> <b>SSPS.</b> ຕ້ອງຄັດມານຳໃບຟອມ <b>DSHS 18-399 SSPS</b> ເຊິ່ງຄິດໄລ່ການຈ່າຍເກີນຂອງລູກຄ້າ/ຜູ້ບໍລິການ. b. <input type="checkbox"/> <b>Non-SSPS.</b> ຕ້ອງຄັດມານຳໃບຟອມ <b>DSHS 18-399A Non-SSPS</b> ການຄິດໄລ່ການຈ່າຍເກີນຂອງລູກຄ້າ/ຜູ້ແທນຈຳຫນ່າຍ/ຜູ້ບໍລິການ <b>AFRS</b> ການຄິດໄລ່ການບັນທຶກ.	
9. ເລກ ACES AU ID:	
10. ເລກຂອງການອະນຸຍາດ: ແຖວ: ເລກລົງທ້າຍ:	
11. ** ການບັນຮະຍາຍຂອງການບໍລິການ: ** ເບິ່ງຄຳຊີ້ນຳສຳລັບ "ຫລາຍຢ່າງ."	

12. ພວກເຮົາໄດ້ຈ່າຍເງິນເກີນໃຫ້ທ່ານ \$ ຕັ້ງແຕ່  
ມາເຖິງ .

13. ອັນນີ້ໄດ້ເກີດຂຶ້ນຍ້ອນວ່າ:

14. ສາເຫດຂອງການຈ່າຍເງິນເກີນ:  ລູກຄ້າ  ກົມ  
14.a. ບໍ່ເບິ່ງໃສກິດຣະບຽບກາຍເງິນທັງຫມົດ:  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດກ່ຽວກັບ ຈຳນວນເງິນ ຫລື ເຫດຜົນວ່າ ເປັນຫຍັງ ທ່ານຈຶ່ງຖືກຈ່າຍເງິນເກີນ, ກະຮຸນາໂທຫາ:

15. ຊື່ຂອງພະນັກງານ:	16. ເລກໂທຣະສັບຂອງພະນັກງານ: ອີເມລ໌:
---------------------	---------------------------------------

- A. ສິ່ງເຊັກ ຫລື ມັນນີ້ອໍເດີຂອງທ່ານ, ສິ່ງຈ່າຍເງິນໃຫ້ **"DSHS / OFR"**, ສຳລັບຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຖືກຈ່າຍເງິນເກີນໄປທີ່:  
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. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະເວົ້າລົມກັນເຮື່ອງແຜນການຈ່າຍເງິນ, ໂທຫາ DSHS Office of Financial Recovery, Client Enforcement Unit, ໄດ້ທີ່:  
(360) 664-5700 (Olympia)  
1-800-562-6114 (ໂທຟຣີ) Ext. 16183  
1-800-833-6388 (TTY Washington State Relay Service)
- C. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຈ່າຍເງິນພວກເຮົາຍັງສາມາດເກັບເອົາເງິນນຳທ່ານຢູ່. ຕົວຢ່າງວ່າ, ພວກເຮົາສາມາດກັກເອົາເງິນຈາກເຊັກເບີກເງິນຂອງທ່ານ, ຍື່ນຫມາຍເກາະໃສ່ຊື່ຂອງທ່ານເຊິ່ງຈະປາກົດຢູ່ໃນໃບລາຍງານເຄຣດິດຂອງທ່ານ, ແລະ/ຫລື ກັກເອົາເງິນຈາກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ.
- D. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຖືກຈ່າຍເງິນເກີນ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮື່ອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ, ແຕ່ວ່າໂດຍຄຳຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານມີຣະຍະເວລາເກົ້າສິບ (90) ວັນຈາກການຮັບເອົາໃບແຈ້ງການໃບນີ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮື່ອງ. ສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂໍເປັນ ລາຍລັກອັກສອນ ຂອງທ່ານ, ພ້ອມທັງເລກ ID ລູກຄ້າໃສ່ໃນ ແຕ່ລະ ແລະ ທຸກໆ ຫນ້າເຊິ່ງ, ໂດຍທາງໄປສະນີຢັ້ງຢືນຂໍເອົາໃບຮັບສິ່ງຄືນມາ (CMRRR) ຫລື ການສົ່ງຫນັງສືທີ່ຕິດຕາມໄດ້ທາງອື່ນ, ໄປທີ່: **Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.**
- E. ຖ້າຫາກວ່າການຈ່າຍເງິນເກີນຂອງທ່ານໄດ້ລຸດລົງ ຫລື ເພີ່ມຂຶ້ນຍ້ອນຜົນອອກມາຂອງການຟັງເຮື່ອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ, ທ່ານບໍ່ມີສິດທິໃນການຟັງເຮື່ອງຕໍ່ໄປອີກ ແລ້ວຜ່ານຫ້ອງການ **Office of Financial Recovery.** ເບິ່ງໃສ່ຄຳສິ່ງສຳລັບສິດທິການອຸທອນໃບສູດທ້າຍຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າການຈ່າຍເງິນເກີນຂອງທ່ານໄດ້ລຸດລົງຍ້ອນການປ່ຽນແປງທີ່ຖືກເຮັດໂດຍກົມ, ທ່ານມີສິດທິໃນການຟັງເຮື່ອງໃນຈຳນວນເງິນຂອງເພີ່ມຂຶ້ນເທົ່ານັ້ນ.

ຄຳແນະນຳສຳລັບການຂຽນປະກອບໃບແຈ້ງການຈ່າຍເກີນສຳລັບລູກຄ້າ, **DSHS 18-398**

ອຸດອກສາມການຈ່າຍເກີນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຊຸດຄົບຖ້ວນຕ້ອງລວມເອົາ: a) ໃບຟອມ **DSHS 18-398, Client Overpayment Notice**; ແລະ b) ໃບຟອມ **DSHS 18-399, Social Service Incorrect Payment Computation** ຫລື ໃບຟອມ **DSHS 18-399A, Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice AFRS Coding Computation**. ໃບຟອມທຸກໆໃບຈະມີໄວ້ໃຫ້ທາງອອນລາຍນີ້ຢູ່ທີ່ <https://forms.dshs.wa.lcl/>. ກະຮຸນາຂຽນເປັນຕົວພິມໃບຟອມທຸກໆໃບທາງອອນລາຍນີ້ ແລະ ສົ່ງເປັນເຈ້ຽຄັດມານຳທາງອີເມລ໌ໄປທີ່: [clientop@dshs.wa.gov](mailto:clientop@dshs.wa.gov) ຫລື ພິມອອກມາ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີທີ່ທຳອິດຂອງການ **Office of Financial Recovery (OFR)** ໄດ້ທີ່ **MS 45862 ຫລື ໂດຍທາງ United States Postal Service (USPS): OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501**. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມແນວໃດ ຫລື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແນວອື່ນແນວໃດແນວນຶ່ງ, ສົ່ງອີເມລ໌ໄປຫາ: [clientop@dshs.wa.gov](mailto:clientop@dshs.wa.gov)

**A. ການຂຽນປະກອບໃບຟອມການຈ່າຍເກີນ**

ຕ້ອງຖືກຕີພິມ. ການຂຽນປະກອບໃສ່ທຸກໆບ່ອນວ່າງແມ່ນຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຂຽນໃສ່. ໃບແຈ້ງການຂອງກົມ **DSHS** ຄວນຈະເປັນຕົວແທນຮັດວິຊາທັນໃນແບບຢ່າງເປັນທາງການ. ໃບແຈ້ງການຕ້ອງອອກໄດ້ເພື່ອວ່າສຳລັບຄວາມຕ້ອງການບັນທຶກຂອງຜະແນກ **OFR** ແລະ ສຳລັບລູກຄ້າວ່າເປັນໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບຫນີ້ສິນ.

**ຢ່າສູ່ ສົ່ງໃບໂກປີຂອງການຈ່າຍເກີນໄປຫາລູກຄ້າ. OFR ຈະແຈ້ງບອກເຂົາຢ່າງເຫມາະສົມກ່ຽວກັບຫນີ້, ຫລັງຈາກທີ່ OFR ໄດ້ກໍ່ຕັ້ງແລ້ວ.**

1. **ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າ:** ຂຽນຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງລູກຄ້າຕາມທີ່ມັນປາກົດຢູ່ໃນຮະບົບການຈ່າຍເກີນ.
2. **ວັນທີ:** ຂຽນວັນທີທີ່ໃບຟອມ **DSHS 18-398** ໄດ້ຖືກຂຽນປະກອບ.
3. **OFA / ເລກການກວດກາ:** ຂຽນເລກ **OFA / ເລກການກວດກາ** ທຸກໆເລກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳການຈ່າຍເກີນອັນນີ້.
4. **ຮະບົບການຈ່າຍເກີນ:** ຂຽນຕົວຫຍໍ້ຂອງຮະບົບການຈ່າຍເກີນທີ່ໄດ້ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະທຳການຈ່າຍເກີນເບື້ອງຕົ້ນ. ຕົວຢ່າງວ່າ: **SSPS** (ຮະບົບການຈ່າຍເກີນຂອງການບໍລິການສັງຄົມ), **IPOne (Individual ProviderOne)**, **SSBP** (ຮະບົບການເກັບເກີນ ແລະ ການຈ່າຍເກີນຂອງການບໍລິການສັງຄົມ) ຫລື **P1Med (ProviderOne Medical)**.
5. **ຫນ່ວຍລາຍງານ ຫລື AFRS Org Index:** ຂຽນຫນ່ວຍລາຍງານ ຫລື ເຄື່ອງຫມາຍອີງການ **AFRS** ຂອງຫ້ອງການບ່ອນທີ່ອະນຸຍາດການຈ່າຍເກີນ.
6. **ເລກ ID ລູກຄ້າຂອງຮະບົບການຈ່າຍເກີນ:** ຂຽນເລກ **ID** ລູກຄ້າຊຶ່ງໃນນັ້ນການຈ່າຍເກີນໄດ້ເກີດຂຶ້ນ.
7. **ວັນເກີດ:** ຂຽນວັນເກີດຂອງລູກຄ້າໃສ່ໃນແບບຮູບຮ່າງ ດດ/ວວ/ປປປປ.
8. **ເລືອກເອົາບອກຫມາຍໃສ່ ສຳລັບບ່ອນຈະແມ່ນ SSPS ຫລື Non-SSPS ແລະ ລວມເອົາເຈ້ຽຄັດໄລ່ທີ່ພົວພັນນຳ (18-399 ຫລື 18-399A).**
  - a. **SSPS** - ຫມາຍໃສ່ບອກນີ້ຖ້າຫາກວ່າ **SSPS** ໄດ້ເຮັດການຈ່າຍເກີນໃຫ້; ໃບຟອມ **DSHS form 18-399 Social Service Incorrect Payment Computation** ຕ້ອງຖືກຄັດມານຳ.
  - b. **Non-SSPS** - ຫມາຍໃສ່ບອກນີ້ຖ້າຫາກວ່າ **SSPS** ບໍ່ໄດ້ ເຮັດການຈ່າຍເກີນ; ໃບຟອມ **DSHS form 18-399A Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice AFRS Coding Computation** ສຳລັບການຈ່າຍເກີນ **non-SSPS** ຕ້ອງຖືກຄັດມານຳ.
9. **ເລກ ACES AU ID Number:** ຂຽນເລກ **ACES AU ID** ໃສ່ຖ້າມີຢູ່.
10. **ເລກການອະນຸຍາດ:** ຂຽນເລກການອະນຸຍາດໃສ່ຈາກຮະບົບທີ່ທຳການຈ່າຍເກີນ. ຂຽນຄຳສັບວ່າ “ຫລາຍຢ່າງ” ໃສ່ຖ້າຫາກວ່າເລກການອະນຸຍາດຫລາຍກວ່າເລກນຶ່ງໄດ້ກ່ຽວພັນນຳໃນການຈ່າຍເກີນ ແລະ ຂຽນເລກທຸກໆອັນໃສ່ໃນເຈ້ຽຄັດໄລ່ທີ່ກ່ຽວພັນນຳ (**18-399 ຫລື 18-399A**).  
**ເລກເສັ້ນແຖວຂອງການອະນຸຍາດ:** ຂຽນເລກເສັ້ນແຖວຂອງການອະນຸຍາດໃສ່ຈາກຮະບົບທີ່ທຳການຈ່າຍເກີນຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ.  
**ເລກລົງທ້າຍຂອງການອະນຸຍາດ:** ຂຽນເລກລົງທ້າຍຂອງການອະນຸຍາດໃສ່ຈາກຮະບົບທີ່ທຳການຈ່າຍເກີນຖ້າກ່ຽວຂ້ອງນຳ.
11. **ການບັນຮະຍາຍກ່ຽວກັບການບໍລິການ:** ໃຫ້ການບັນຮະຍາຍກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ຖືກເອົາໃຫ້. ຂຽນຄຳສັບວ່າ “ຫລາຍຢ່າງ” ໃສ່ຖ້າຫາກວ່າການບັນຮະຍາຍກ່ຽວກັບການບໍລິການຫລາຍກວ່າອັນນຶ່ງໄດ້ກ່ຽວພັນນຳໃນການຈ່າຍເກີນ ແລະ ຂຽນທຸກໆອັນໃສ່ໃນເຈ້ຽຄັດໄລ່ທີ່ກ່ຽວພັນນຳ (**18-399 ຫລື 18-399A**).
12. **ຈຳນວນເງິນ ແລະ ຮະຍະເວລາຂອງການຈ່າຍເກີນ:** ຂຽນຈຳນວນເງິນ ແລະ ຮະຍະເວລາເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ຈົບລົງທີ່ເງິນຈ່າຍເກີນໄດ້ເກີດຂຶ້ນ.
13. **ການອະທິບາຍຂອງການຈ່າຍເກີນ:** ເອົາຄຳອະທິບາຍຫຍໍ້ໆໃຫ້ກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດມີການຈ່າຍເກີນ.
14. **ສາເຫດຂອງການຈ່າຍເກີນ:** ຫມາຍໃສ່ວ່າແມ່ນໃຜກໍ່ໃຫ້ເກີດມີການຈ່າຍເກີນບໍ່ວ່າຈະແມ່ນ “ລູກຄ້າ” ຫລື “ກົມ”.
- 14.a. **ບໍ່ເບິ່ງໃສ່ກົດຮະບຽບກາຍເງິນທັງຫມົດ:** ຖ້າຫາກວ່າການຈ່າຍເກີນຂອງລູກຄ້າແມ່ນຜົນອອກມາຂອງການເພີ່ມຂຶ້ນຢ້ອນຫລັງຄົນໃນການພິຈາລະນາເບິ່ງຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງລູກຄ້າແລະການເພີ່ມຂຶ້ນບໍ່ໄດ້ສຳທ້ອນເຖິງຢູ່ໃນ **ACES** ແລະ **ProviderOne**, ເລືອກເອົາ “ແມ່ນ” ບໍ່ດັ່ງນັ້ນເລືອກເອົາ “ບໍ່ແມ່ນ.”
15. **ຊື່ຂອງພະນັກງານ:** ຂຽນຊື່ເປັນຕົວຂອງທ່ານໃສ່ບອກນີ້.
16. **ເລກໂທຣະສັບຂອງພະນັກງານ ແລະ ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌:** ຂຽນເລກໂທຣະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ໂດຍກົງຂອງທ່ານໃສ່.

**B. ການດັດແປງການຈ່າຍເກີນ**

ເມື່ອເວລາດັດແປງການຈ່າຍເກີນ, ຢ່າສູ່ ຂຽນ “ຍົກເລີກ” ຫລື ຮາຍຮະອຽດຂຽນດ້ວຍມືແນວອື່ນແນວໃດແນວນຶ່ງໃສ່ ຫລື ຂ້າມໃບແຈ້ງການການຈ່າຍເກີນໃບເກົ່າ. ຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບໃໝ່ໂດຍການປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້ຢູ່ໃນພາກສ່ວນ **A**. ໃຊ້ວັນທີຂອງນັ້ນ.

ຢູ່ໃນບອກ **13** ຕີພິມໃສ່ວ່າ: “ອັນນີ້ແມ່ນການດັດແປງຂອງໃບແຈ້ງການຈ່າຍເກີນລົງວັນທີ: **mm/dd/yyyy**”, ແລ້ວອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງການຈ່າຍເກີນຈຶ່ງຖືກດັດແປງ. ຮາຍຮະອຽດອັນນີ້ຈະເຮັດໃຫ້ແຈ້ງແກ່ພະນັກງານຂອງ **OFR** ວ່າຫນີ້ອັນໃດຈະດັດແປງ, ແລະ ຈະເປັນຄຳອະທິບາຍໄດ້ຫລາຍສຳລັບລູກຄ້າ.