



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

اعلان اضافه پرداخت مشتری
Client Overpayment Notice

1. نام و نشانی مشتری

2. تاریخ:	3. OFA / شماره حسابرسی:
4. سیستم پرداختی از تهاب ک نید .	
5. واحد گزارش دهی: یا نمایه سازمانی AFRS:	
6. * شماره شناسه مشتری سیستم پرداخت:	
7. تاریخ تولد:	
8. یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید: الف. <input type="checkbox"/> SSPS. باید برگه محاسبه اضافه پرداخت مشتری / ارائه دهنده DSHS 18-399 SSPS را پیوست کنید. ب. <input type="checkbox"/> غیر-SSPS. باید برگه محاسبه کدگذاری AFRS اضافه پرداخت مشتری / فروشنده / ارائه دهنده DSHS 18-399A غیر-SSPS را پیوست کنید.	
9. شماره شناسه ACES AU:	
10. شماره مجوز:	
خط: <input type="checkbox"/>	پسوندها: <input type="checkbox"/>
11. ** شرح خدمات:	

12. ما به شما دلار اضافه پرداخت کردیم از
تا

* لطفاً از شماره شناسه مشتری در همه پرداخت ها، مکاتبات، پیوست ها، و تماس های تلفنی استفاده کنید.

13. این اتفاق افتاد زیرا:

14. علت اضافه پرداخت: اداره مشتری
14. الف. نادیده گرفتن قانون بیش از حد فاحش: بله خیر
اگر پرسشی درباره میزان یا علت اضافه پرداخت به شما دارید، لطفاً تماس بگیرید:

15. نام کارگر:	16. شماره تلفن کارگر:
ایمیل:	

الف. چک یا حواله خود، که قابل پرداخت به «DSHS / OFR» است، را برای مبلغی که به شما اضافه پرداخت شده به بخش های زیر بفرستید:

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. اگر می خواهید درباره یک طرح پرداخت صحبت کنید، با دفتر بازیابی مالی DSHS، واحد اجرای مشتری، به شماره زیر تماس بگیرید:

(المپیا) 360 664-5700
1-800-562-6114 (رایگان) داخلی 16183
1-800-833-6388 (سرویس رله ایالت واشنگتن TTY)

ج. اگر پرداخت نکنید، باز هم می توانیم از شما وصول کنیم. به عنوان مثال، می توانیم بخشی را از چک حقوق شما کسر کنیم، یک حق حبس به نام شما ثبت کنیم که در گزارش اعتباری شما ظاهر می شود، و/یا پول را از حساب (های) بانکی شما کسر کنیم.

د. اگر با علت اضافه پرداخت به شما موافق نیستید، حق دارید درخواست رسیدگی اداری کنید، اما فقط از طریق درخواست کتبی. یک دوره نود (90) روزه از تاریخ دریافت این اعلان فرصت دارید که برای رسیدگی درخواست دهید. درخواست کتبی خود، همراه با شماره شناسه مشتری درج شده روی تکست صفحه ها، را از طریق «پست تأیید شده به همراه یک درخواست دریافت پاسخ» (CMRRR) یا سایر خدمات تحویل قابل پیگیری، به نشانی زیر بفرستید:

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

ه. اگر اضافه پرداخت شما به دلیل نتیجه یک جلسه رسیدگی اداری کاهش یا افزایش یافت، دیگر حق درخواست رسیدگی از طریق دفتر بازیابی مالی را نخواهید داشت. برای آگاهی از حقوق تجدینظر، به حکم نهایی خود رجوع کنید. اگر اضافه پرداخت شما به دلیل تغییری که توسط اداره ایجاد شده افزایش یافته است، فقط از حق رسیدگی درباره میزان افزایش برخوردار هستید.

دستورالعمل تکمیل اعلان اضافه‌پرداخت مشتری، DSHS 18-398

یک بسته کامل اضافه‌پرداخت مشتری باید شامل موارد زیر باشد: الف) فرم DSHS 18-398، اعلان اضافه‌پرداخت مشتری؛ و ب) فرم DSHS 18-399، محاسبه پرداخت نادرست خدمات اجتماعی یا فرم DSHS 18-399A، برگه محاسبه کدگذاری AFRS اعلان اضافه‌پرداخت مشتری/فروشنده/ارائه‌دهنده غیر-SSPS. همه فرم‌ها به‌صورت آنلاین در نشانی <https://forms.dshs.wa.lci/> موجود هستند. لطفاً همه فرم‌ها را به‌صورت آنلاین تایپ و در قالب پیوست ایمیلی ارسال کنید به: clientop@dshs.wa.gov یا آنها را چاپ کنید و از طریق سرویس پست ایالتی به دفتر بازاریابی مالی (OFR) به نشانی MS 45862 یا از طریق خدمات پستی ایالات متحده (USPS) به نشانی زیر بفرستید:

OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501.

اگر پرسشی دارید یا نیاز به کمک دیگری دارید، یک ایمیل به نشانی زیر ارسال کنید: clientop@dshs.wa.gov

الف. تکمیل فرم‌های اضافه‌پرداخت

- فرم حتماً باید به‌صورت تاپی تکمیل شود. تکمیل تمام قسمت‌ها الزامی است. اعلان‌های DSHS باید به شیوه‌ای حرفه‌ای نماینده ایالت و اشنگتن باشند. اعلان‌ها باید برای نیازهای ورودی OFR و برای مشتریان به‌عنوان اعلان بدهی خوانا باشند.

یک کپی از اضافه‌پرداخت را برای مشتری **نفرستید** یا به وی **ندهید**. OFR پس از اینکه بدهی را تعیین کرد، به نحو مقتضی مشتری را از بدهی مطلع خواهد کرد.

- نام و نشانی مشتری: نام و نشانی مشتری را همان‌طور که در سیستم پرداخت نشان داده شده است ارائه دهید.
- تاریخ: تاریخ تکمیل DSHS 18-398 را وارد کنید.
- OFA / شماره حسابرسی: هر شماره OFA / حسابرسی که برای این اضافه‌پرداخت قابل‌اعمال است را وارد کنید.
- سیستم پرداخت: مخفف سیستم پرداختی که برای پرداخت اصلی استفاده شد را وارد کنید. به‌عنوان مثال: SSPS (سامانه پرداخت خدمات اجتماعی)، IPOne (ProviderOne شخصی)، SSBP (سیستم صورت‌حساب و پرداخت خدمات اجتماعی) یا P1Med (ProviderOne Medical). واحد گزارش‌دهی یا نمایه سازمانی AFRS: واحد گزارش‌دهی یا نمایه سازمانی AFRS دفتری که پرداخت را مجاز کرده را وارد کنید.
- شناسه مشتری سیستم پرداخت: شماره شناسه مشتری که تحت آن اضافه‌پرداخت انجام شده را وارد کنید.
- تاریخ تولد: تاریخ تولد مشتری را در قالب mm/dd/yyyy وارد کنید.
- کادر تیک را برای SSPS یا غیر-SSPS انتخاب کنید و برگه محاسباتی مربوطه (18-399 یا 18-399A) را اضافه کنید.
- الف. SSPS - اگر SSPS پرداخت را انجام داده، این کادر را علامت بزنید؛ فرم DSHS 18-399 محاسبه پرداخت نادرست خدمات اجتماعی باید پیوست شود.
- ب. غیر SSPS - اگر SSPS پرداخت را انجام نداده، این کادر را علامت بزنید؛ فرم DSHS 18-399A غیر-SSPS برگه محاسبه کدگذاری AFRS اعلان اضافه‌پرداخت مشتری/فروشنده/ارائه‌دهنده غیر-SSPS برای اضافه‌پرداخت‌های غیر-SSPS باید پیوست شود.
- شماره شناسه ACES AU: شناسه ACES AU را در صورت وجود وارد کنید.
- شماره مجوز: شماره مجوز را از سیستمی که پرداخت را انجام داده وارد کنید. اگر بیش از یک مجوز در اضافه‌پرداخت دخیل است، کلمه «Multiple» را وارد کنید و همه آنها را در برگه محاسباتی مربوطه (18-399 یا 18-399A) ذکر کنید.
- شماره خط مجوز: در صورت وجود، شماره مجوز را از سیستمی که پرداخت را انجام داده وارد کنید.
- پسوندها: در صورت وجود، شماره پسوند را از سیستمی که پرداخت را انجام داده وارد کنید.
- شرح خدمات: توضیحاتی را درباره خدمات ارائه شده بدهید. اگر بیش از یک شرح خدمات در اضافه‌پرداخت دخیل است، کلمه «Multiple» را وارد کنید و همه آنها را در برگه محاسباتی مربوطه (18-399 یا 18-399A) ذکر کنید.
- مبلغ و دوره خدماتی اضافه‌پرداخت: مبلغ و دوره‌های زمانی آغاز و پایان اضافه‌پرداخت را وارد کنید.
- توضیح اضافه‌پرداخت: توضیح مختصر درباره علت اضافه‌پرداخت ارائه دهید.
- علت خطای اضافه‌پرداخت: بررسی کنید چه کسی باعث اضافه‌پرداخت شده است، «مشتری» یا «اداره».
- الف. نادیده‌گرفتن قانون بیش از حد فاحش: اگر اضافه‌پرداخت مشتری در نتیجه افزایش عطف‌به‌ماسبق در تعیین مسئولیت مشتری باشد و این افزایش در ACES و ProviderOne منعکس نشود، «بله» را انتخاب کنید؛ در غیر این صورت «خیر» را انتخاب کنید.
- نام کارگر: نام خود را در این کادر تایپ کنید.
- شماره‌تلفن و نشانی ایمیل کارگر: شماره‌تلفن و نشانی ایمیل مستقیم خود را وارد کنید.

ب. اصلاح (های) اضافه‌پرداخت

هنگام اصلاح اضافه‌پرداخت، کلمه «لغو» یا هر اطلاعات دست‌نویس دیگری را رو یا پشت فرم قبلی اعلان اضافه‌پرداخت **نویسید**. با دنبال کردن دستورالعمل‌های بخش الف بالا، یک فرم جدید را تکمیل کنید. تاریخ امروز را درج کنید.

در کادر 13، جمله زیر را تایپ کنید: «این اصلاحیه اضافه‌پرداخت به تاریخ: mm/dd/yyyy است»؛ سپس توضیح دهید که چرا اضافه‌پرداخت در حال اصلاح است. این اطلاعات برای کارکنان OFR روشن می‌کند که باید کدام بدهی را باید اصلاح کنند، و توضیحاتی مفید برای مشتری خواهد بود.