



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

**Notificación de sobrepago al cliente**  
**Client Overpayment Notice**

1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CLIENTE

2. Fecha:	3. OFA / N° de auditoría:
4. Sistema de pago: Select one.	
5. Unidad de reporte:	o Índice Org de AFRS:
6. *Número de ID del cliente en el sistema de pago:	
7. Fecha de nacimiento:	
8. Seleccione una de las siguientes opciones:	
a. <input type="checkbox"/> SSPS. Debe anexar la Hoja de cálculo de sobrepago a cliente/proveedor de SSPS, DSHS 18-399.	
b. <input type="checkbox"/> Distinto a SSPS. Debe anexar el Cálculo y código AFRS de sobrepago a cliente / vendedor / proveedor distinto a SSPS, DSHS 18-399A.	
9. Número de identificación AU de ACES:	
10. Número de autorización:	
Línea:	Sufijo:
11. ** Descripción del servicio: ** Vea las instrucciones si es "Múltiple".	

12. Le hicimos un sobrepago por \$                    del  
al                    .

13. Este pago adicional se debió a:

14. Causa del sobrepago:  Cliente     Departamento

**Si tiene preguntas sobre el monto o la causa por la cual recibió el sobrepago, por favor llame a:**

15. Nombre del trabajador:	16. Número telefónico del trabajador: Correo electrónico:
----------------------------	--

- A. Envíe su cheque u orden de pago, a la orden de "**DSHS / OFR**", por el monto que recibió como sobrepago:  
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. Si desea hablar sobre un plan de pagos, llame a la Oficina de Recuperación Financiera, Unidad de Aplicación a Clientes, del DSHS al:  
(360) 664-5700 (Olympia)  
1-800-562-6114 (línea sin costo) ext. 16183  
1-800-833-6388 (Servicio de Retransmisión TTY del Estado de Washington)
- C. Si no realiza el pago, aún podemos cobrarle. Por ejemplo, podemos embargar dinero de su salario, aplicar un gravamen a su nombre que aparecerá en su informe de crédito y/o embargar dinero de su(s) cuenta(s) bancaria(s).
- D. Si no está de acuerdo con el motivo por el cual se le hizo un sobrepago, tiene el derecho de solicitar una audiencia administrativa, pero sólo si presenta su solicitud por escrito. Tiene un plazo de noventa (90) días contados a partir de la recepción de esta notificación para solicitar una audiencia. Envíe su solicitud por escrito, con el Número de ID del cliente escrito en todas y cada una de las páginas, por correo certificado con acuse de recibo (CMRRR) u otro servicio de entrega rastreable a: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.
- E. Si su sobrepago aumentó o disminuyó debido al resultado de una audiencia administrativa, usted no tiene más derechos a audiencias a través de la Oficina de Recuperación Financiera. Consulte sus derechos de apelación en la Orden definitiva. Si su sobrepago aumentó debido a un cambio hecho por el Departamento, usted tiene derechos de apelación solamente respecto a la cantidad del aumento.