



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

Повідомлення клієнту про переплату
Client Overpayment Notice

1. ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ ТА АДРЕСА КЛІЄНТА

2. Дата:	3. OFA / № аудиту:
4. Платіжна система: Select one.	
5. Звітний підрозділ:	або індекс AFRS Org Index:
6. * Ідентифікаційний номер (ID) клієнта в платіжній системі:	
7. Дата народження:	
8. Оберіть один із наведених нижче пунктів: a. <input type="checkbox"/> SSPS. Мусить додати форму DSHS 18-399 SSPS - Відомість про розрахунок переплати для клієнта / постачальника послуг, яка стосується SSPS (SSPS Client / Provider Overpayment Computation Sheet). b. <input type="checkbox"/> Не стосується SSPS. Необхідно додати форму DSHS 18-399A — Відомість про розрахунок та визначення коду AFRS для переплати для клієнта / надавача послуг / постачальника послуг, яка не стосується SSPS.	
9. Ідент. номер ACES AU:	
10. Номер авторизації: Лінія: Суфікс:	
11. ** Опис послуг: ** Див. інструкції щодо терміну «Multiple» («Кількаразовий»).	

12. Ми переплатили на вашу користь \$ за період з до

13. Це сталося з таких причин:

14. Причина переплати: Клієнт Департамент
14.a. Ігнорування правила надмірної суми: Так Ні

Якщо у вас є питання щодо суми та причини переплати, зателефонуйте:

15. Прізвище й ім'я робітника:	16. Номер телефону робітника: Адреса електронної пошти:
--------------------------------	------------------------------------------------------------

- A. Надішліть чек або платіжне доручення на суму переплати на користь «**DSHS / OFR**» на адресу:
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. Щоб обговорити план виплат, зателефонуйте до Управління стягнень коштів з клієнтів (Client Enforcement Unit) Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery, OFR) за телефонами:
(360) 664-5700 (Олімпія)
1-800-562-6114 (безкоштовний номер) додатковий номер 16183
1-800-833-6388 (телетайп-ретранслятор штату Вашингтон)
- C. Якщо ви не повернете переплачені кошти, ми можемо стягнути їх з вас. Наприклад, ми можемо відрахувати кошти з вашої заробітної платні, оформити арешт вашої власності, що буде відображене у вашій кредитній історії, а також/або відрахувати гроші з ваших банківських рахунків.
- D. Якщо ви не згодні з причинами переплати на вашу користь, ви можете запросити проведення адміністративного слухання, але лише за письмовою заявою. Ви маєте запросити проведення адміністративного слухання впродовж дев'яноста (90) днів від дня одержання цього повідомлення. Надішліть письмовий запит, на кожній сторінці якого зазначений ID номер клієнта, з вимогою повідомлення щодо отримання (Certified Mail Return Receipt Requested, CMRRR) або в інший спосіб, який передбачає можливість відстеження пошти, на адресу: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.
- E. Якщо розмір вашої переплати був зменшений або збільшений за результатами адміністративного слухання, ви більше не маєте права на розгляд справи у Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery). Зверніться до свого остаточного рішення щодо прав на апеляцію. Якщо розмір вашої переплати був збільшений у зв'язку зі змінами, внесеними Департаментом, ви маєте право на слухання лише щодо суми збільшення.

Інструкції щодо заповнення Повідомлення клієнту про переплату, DSHS 18-398

Повний пакет про переплату клієнта повинен містити: а) форму DSHS 18-398, Повідомлення про переплату клієнта; та б) форму DSHS 18-399, Неправильний розрахунок платежу за соціальні послуги **або** форму DSHS 18-399A, Відомість про розрахунок та визначення коду AFRS для повідомлення про переплату для клієнта/надавача послуг/постачальника, яка не стосується SSPS. Усі форми доступні онлайн за адресою <https://forms.dshs.wa.lcl/>. Будь ласка, заповніть усі форми онлайн та надішліть їх у вигляді вкладення електронної пошти на адресу: clientop@dshs.wa.gov **або** роздрукуйте та надішліть поштою штату до Бюро фінансових відшкодувань (OFR) за адресою MS 45862 **або** поштовою службою США (USPS): OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501.

Якщо у вас виникли запитання або потрібна допомога, надішліть електронний лист на адресу: clientop@dshs.wa.gov

А. Заповнення форм переплати

Має бути заповнено друкованими літерами. Заповнення всіх полів є обов'язковим. Повідомлення DSHS мають представляти штат Вашингтон професійно. Повідомлення мають бути розбірливими для вхідних потреб OFR та для клієнтів в якості повідомлення про борг.

НЕ надсилайте та не надавайте копію форми про переплату Клієнту. OFR належним чином повідомить їх про заборгованість після того, як OFR її встановить.

- Ім'я, прізвище та адреса клієнта:** Вкажіть ім'я, прізвище та адресу клієнта, як вони вказані в платіжній системі.
- Дата:** Введіть дату заповнення DSHS 18-398.
- Номер OFA / аудиту:** Введіть будь-який номер OFA / аудиту, який стосується цієї переплати.
- Платіжна система:** Введіть акронім платіжної системи, яка була використана для здійснення початкового платежу. Наприклад: **SSPS** (Social Service Payment System), **IPOne** (Individual ProviderOne), **SSBP** (Social Service Billing and Payment System) або **P1Med** (ProviderOne Medical).
- Звітний підрозділ або індекс AFRS Org:** Введіть звітний підрозділ або індекс організації AFRS офісу, який санкціонував платіж.
- Ідентифікаційний номер (ID) клієнта в платіжній системі:** Введіть ідентифікаційний номер клієнта, за яким була здійснена переплата.
- Дата народження:** Введіть дату народження клієнта у форматі мм/дд/рррр.
- Відмітьте відповідне поле для SSPS або Non-SSPS і додайте відповідний аркуш розрахунків (18-399 або 18-399A).
 - SSPS** – відмітьте це поле, якщо SSPS здійснила платіж; Необхідно додати форму DSHS 18-399, Неправильний розрахунок платежу за соціальні послуги.
 - Не SSPS** – відмітьте це поле, якщо SSPS не здійснила платіж; необхідно додати форму DSHS 18-399A — Відомість про розрахунок та визначення коду AFRS для повідомлення про переплату для клієнта/надавача послуг/постачальника для переплат, які не стосуються SSPS.
- Ідент. номер ACES AU:** Введіть ідент. номер ACES AU, якщо доступний.
- Номер авторизації:** Введіть номер авторизації від системи, що здійснила платіж. Введіть слово «Кілька», якщо переплата пов'язана з кількома авторизаціями, і перелічіть їх усі на відповідному аркуші розрахунків (18-399 або 18-399A).

Номер рядка авторизації: Введіть номер рядка авторизації від системи, що здійснила платіж, якщо це можливо.
Суфікс авторизації: Введіть номер суфікса авторизації від системи, що здійснила платіж, якщо це можливо.
- Опис послуг:** Надайте опис послуг, що надаються. Введіть слово «Кілька», якщо переплата пов'язана з більш ніж одним описом послуги, і перелічіть їх усі на відповідному аркуші розрахунків (18-399 або 18-399A).
- Сума та Період переплати послуги:** Введіть суму, а також періоди часу початку та кінця переплати.
- Пояснення щодо переплати:** Надайте коротке пояснення причини переплати.
- Причина помилки щодо переплати:** Перевірте, хто спричинив переплату — «Клієнт», чи «Відділ».
- a. **Ігнорування правила надмірної суми:** Якщо переплата клієнта є результатом ретроактивного збільшення відповідальності клієнта, а збільшення не відображається в ACES і ProviderOne, виберіть «Так», інакше виберіть «Ні».
- Прізвище й ім'я робітника:** Введіть своє ім'я у цьому полі.
- Номер телефону та адреса електронної пошти робітника:** Укажіть свій прямиий номер телефону та адресу електронної пошти.

В. Зміна(и) переплати

Змінюючи переплату, **НЕ** пишуть «Скасувати» або будь-яку іншу рукописну інформацію на старій формі Повідомлення про переплату або поперек неї. Заповніть нову форму, дотримуючись інструкцій у розділі А. вище. Використовуйте сьогоднішню дату.

У графі 13 введіть: «**Це зміна переплати від: мм/дд/рррр**», а потім поясніть, чому змінюється переплата. Ця інформація дасть зрозуміти співробітникам OFR, який борг потрібно змінити, і стане корисним поясненням для клієнта.