



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
PO Box 9501 Olympia WA 98507-9501

州辅助津贴/直接付款 当事人溢付款通知函  
State Supplementary / Direct Payment Client Overpayment Notice

日期:
办公室 / MS:
个案当事人身份识别号码:
当事人社会安全号码:
当事人 / 收款人出生日期:
服务代码:
P1 授权号码:
服务描述:

- 新溢付款  
 取代下述日期的溢付款通知函: \_\_\_\_\_

相关事宜: 当事人姓名 \_\_\_\_\_

A. 向您溢付了州辅助津贴/直接付款, 金额为: \_\_\_\_\_ 从  
\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_。随附计算表。

B. 之所以有溢付款是因为:

- 根据 WAC 388-827-0105, 当事人因财务方面的原因而没有资格领取 SSP 付款  
 当事人不需要/未获得特定服务  
 授权金额错误  
 付款被授权给错误的收款方  
 其它: \_\_\_\_\_

C. 若您对该项溢付款的金额或原因有任何疑问, 请通过以下号码联系发展残障服务管理处 (DDA):

\_\_\_\_\_ 工作人员的姓名  
\_\_\_\_\_ 工作人员的电话号码

请将应付给 OFR 的 FSA 全额支票寄送至以下地址, 或在 10 (十)天内与 财务追缴办公室 (OFR) 的金融服务管理局 (OFR) 商议付款安排

Financial Services Administration, Office of Financial Recovery  
PO Box 9501  
Olympia, WA 98507-9501  
(360) 664-5700  
1-800-562-6114 (免费电话)  
1-800 452-2334 (口译服务)  
1-800-833-6388 (华盛顿州聋哑人士 TTY 中继转接服务专线)

若未付款:

- 我们可能对您的个人财产和不动产提出留置权。
- DSHS 可以通过住宅止赎、扣押、查封和出售等方式收集资金, 或最高可扣押您净工资收入的 25%。

若您对关于该项溢付款的任何决定有异议, 您可以在收到该函起的 90 天内写信至行政听证处 (Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489), 提出举行公平听证会的请求。

\_\_\_\_\_  
工作人员签名

文件分发如下: 扫描已填写的表格并邮寄至 OFR 和 SSP 计划管理人处, 表格将保存在个案当事人档案中。