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

주 생계보조비 / 직접보조금 수혜자 초과지불 통지서

State Supplementary / Direct Payment Client Overpayment Notice

날짜:
Office / MS:
DD 수혜자 ID 번호:
수혜자 / 수취인 SSN:
수혜자 / 수취인 생년월일:
서비스 코드:
P1 승인 번호:
서비스 종류:

☐ 신규 초과지불
☐ 초과지급 통지일: _____

RE: 수혜자 이름_____

A. 귀하께서는 다음에 해당하는 주 생계보조비 / 직접보조금을 초과지급받으셨습니다. _____ 기간은 _____ 부터 _____까지입니다. 산정서가 첨부되어 있습니다.

B. 초과지불이 발생한 이유는 다음과 같습니다:

☐ 수혜자가 WAC 388-827-0105 에 따라 SSP 지불을 받을 수 있는 재정적인 자격이 없음
☐ 수혜자가 지정된 서비스를 필요로하지 않거나 서비스를 받지 않음
☐ 잘못된 금액이 승인됨
☐ 잘못된 당사자에게 지불이 승인됨
☐ 기타: _____

C. 초과지불 금액이나 근거에 관한 질문이 있으실 경우 아래 발달장애행정국(DDA) 번호로 문의하여주십시오:

_____ _____
근로자 이름 근로자 전화번호

FSA, OFR 에 지불된 전체 금액에 해당하는 수표를 아래 주소로 보내시거나 재무회수국 재무 서비스 행정부와 함께 10 일 이내에 지불 계획을 마련하여주십시오.

Financial Services Administration, Office of Financial Recovery
PO Box 9501
Olympia, WA 98507-9501
(360) 664-5700
1-800-562-6114 (무료 전화)
1-800 452-2334 (통역)
1-800-833-6388 (TTY 워싱턴 주 교환 서비스)

지불이 되지 않을 경우:

- 귀하께서는 본인의 개인 자산과 부동산에 대한 유치권을 제출하실 수 있습니다.
- DSHS 는 귀하 임금의 최대 25%를 유저당, 압류, 압수, 매각, 압류통지를 통해 추심할 수 있습니다.

본 초과지불 결정에 동의하지 않으실 경우 본 서신을 수령하신 날로부터 90 일 이내에 Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489 에 서면으로 심의회를 신청하실 수 있습니다.

_____
담당 사회복지사 서명

배부: 작성된 양식을 스캔하여 OFR 및 SSP 프로그램 관리자에게 이메일로 송부하시고 양식은 수혜자 파일에 보관하십시오.