



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

Pago Complementario/Directo del Estado Notificación de pago adicional al cliente
State Supplementary / Direct Payment Client Overpayment Notice

Fecha:
Oficina/MS:
Número de Identificación del Cliente DD:
Cliente/Beneficiario SSN:
Fecha de nacimiento del Cliente/Beneficiario:
Código de Servicio:
Número de Autorización P1:
Descripción del Servicio:

- Nuevo Sobre pago
 Notificación Fechada de Reemplazo del pago adicional: _____

RE: Nombre del Cliente _____

- A. Usted recibió un pago adicional de los Pagos Complementarios/Directos del Estado por el importe de: _____ hasta _____. Se adjunta una hoja de cálculo.
- B. El pago adicional se originó debido a que:
 El cliente no era elegible financieramente para recibir un pago de SSP de acuerdo con WAC 388-827-0105
 El cliente no necesitaba/no recibió el servicio especificado
 Se autorizó un monto incorrecto
 Se autorizó un pago a la parte incorrecta
 Otro: _____
- C. Si tiene preguntas con respecto al importe o al motivo de este pago adicional, por favor comuníquese a la Administración de Discapacidades de Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") en el número indicado abajo:

 NOMBRE DEL TRABAJADOR

 NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJADOR

Por favor, envíe un cheque por el monto total pagadero a **FSA, OFR** a la dirección indicada a continuación o haga los arreglos del pago dentro de los siguientes diez (10) días en la:

Financial Services Administration, Office of Financial Recovery
 P.O. BOX 9501
 Olympia, WA 98507-9501
 (360) 664-5700
 1-800-562-6114 (Llamada gratuita)
 1-800-452-2334 (Intérprete de idioma)
 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión del Estado de Washington)

Si el pago no se realiza:

- Podemos presentar un embargo contra su propiedad personal y real.
- DSHS puede cobrar mediante ejecución hipotecaria, retención, incautación y venta o embargo de hasta el 25% de su salario neto.

Si no está de acuerdo con alguna de las decisiones en la determinación de este pago adicional, usted puede solicitar una audiencia imparcial dentro de los noventa (90) días siguientes a la recepción de esta carta, por escrito a la Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.

 FIRMA DEL TRABAJADOR

DISTRIBUCIÓN: Escanear el formato lleno y enviarlo por correo electrónico a OFR y al Gerente del Programa SSP, conservar el formato en el Expediente del Cliente.