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

州補助津貼/ 直接付款溢付
客戶通知書
STATE SUPPLEMENTARY/DIRECT PAYMENT CLIENT OVERPAYMENT NOTICE

日期：
辦事處/ 郵站：
發展殘障服務處客戶個案號碼：
客戶/委託收款人社安號碼：
客戶/委託收款人出生日期：
服務代碼：
社會福利服務付款系統核准號碼：
服務機構名稱：

客戶/州補助津貼付款委託收款人

事關： 客戶姓名 _____

☐ 新的溢付款金額
☐ 州補助津貼溢付款通知的日期：_____

A. 於_____至_____期間支付給您的州補助津貼/直接付款超過應付金額_____。
隨附一份算表。

B. 溢付的原因是：

☐ 當事人不符合享受安全收入津貼計畫資格
☐ 當事人不需要/未曾接受過所提到的服務
☐ 所批准的付款金額有誤
☐ 所批准的受款人有誤
☐ 其他 _____

C. 您若對這項溢付的原因有任何疑問，請按以下電話號碼向發展殘障處(DDD)電詢：

_____ _____
工作人員姓名 工作人員電話號碼

請在十(10) 天之內辦理付款手續 。可以支票方式全額支付溢付款；支票抬頭請寫FSA. OFR，並請將付款支票寄往如下地址。也可以按如下地址進行接洽，作出付款安排：

Finance Division, Office of Financial Recovery
PO Box 9501
Olympia, WA 98507-9501
(360) 664-5700
1-800-562-6114（免費電話）
1-800-452-2334（語言翻譯服務）
1-800-833-6388（聾啞人士TTY 華盛頓州中繼轉發服務）

如果您不退還溢付款：

- 我們將對您的個人財產與不動產提出留置權。
- 社會福利服務部有權採取取消抵押品贖回權、扣押財產、沒收、出售財產等措施來收繳溢付款，或者利用債務人工資扣發令來扣繳您的淨收入之25%。

您若對這項關於確定溢付的決定有異議，可在收到此函的九十(90)天之內提出舉行公平聽證的請求。舉行公平聽證的請求書應寄往以下部門：Office of Administrative Hearings PO Box 42489 Olympia WA 98504-2489。

_____
工作人員簽名

DSHS 18-627 CH (Rev. 10/2003)

DISTRIBUTION: Original - Responsible Party/Payee Copy - Client/Legal Representative, OFR, SSP Program Manager, Client File