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

주정부 생계보조비/디렉트 지급금 초과 통지서
STATE SUPPLEMENTARY/DIRECT PAYMENT CLIENT OVERPAYMENT NOTICE

날짜:
사무소/MS:
DD 수혜자 ID #:
수혜자/수취인 SSN #:
수혜자/수취인 생년월일:
서비스 코드:
SSPS 승인번호:
서비스 명칭:

수혜자/SSP 수취인

☐ 신규 초과금
☐ 초과지급금 대체 통지서 날짜: _____

제목: 수혜자 성명 _____

A. _____에서 _____기간에 속하는 주정부 생계보조비/디렉트(DIRECT) 금액 $_____이(가) 초과 지급되었습니다. 계산서가 첨부되어 있으니 참조하십시오.

B. 지급금이 초과된 이유는 다음과 같습니다.

☐ 수혜자가 SSI 수혜자격이 없는 사람이었음
☐ 수혜자가 특정 서비스를 필요로 한 사람이 아니었거나 특정 서비스를 받지 않았음
☐ 수혜자에게 잘못 산정된 금액이 승인되었음
☐ 당사자가 아닌 사람에게 지급금이 승인되었음
☐ 기타 _____

C. 이 초과 지급된 금액이나 이유에 대해 질문이 있으시면 아래 발달 장애부(DDD) 전화번호로 연락해 주시기 바랍니다.

_____ _____
담당자 성명 담당자 전화번호

초과지급된 전액의 수표를 FSA, OFR 앞으로 끊어 아래 주소로 보내거나 십(10)일 이내에 아래 연락처로 연락해 초과지급금 해결 방안을 알려주시기 바랍니다.

Finance Division, Office of Financial Recovery
PO Box 9501
Olympia, WA 98507-9501
(360) 664-5700
1-800-562-6114 (무료전화)
1-800-452-2334 (통역관 이용)
1-800-833-6388 (TTY 워싱턴주 통신 서비스)

잘못 지급된 금액을 환불하지 않을 경우 당국은 다음과 같은 일을 행사할 수 있습니다.

- 귀하의 개인자산이나 부동산을 상대로 유치권을 행사할 수 있습니다.
- DSHS는 귀하의 자산을 유질처분, 압류, 압수 및 매도하거나 귀하의 실수입의 25%까지 차압할 수 있습니다.

이 초과지급금 결정에 동의하지 않으시는 부분이 있으시면 이 통지서를 받으신 후 구십(90)일 이내에 공정심의회를 신청하실 수 있습니다. 심의회 신청은 서면으로 작성되어야 합니다. Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.

_____
담당자 서명

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

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