



服务提供商/服务提供者
溢付款通知函
Vendor / Provider
Overpayment Notice

1.服务提供商/服务提供者的姓名和地址

2. 日期:
3. 支付系统:
4. 报告单位: 或组织索引:
5. 支付系统的服务提供商/服务提供者 ID: VR
6. 选择下列其中一种方式: a. <input type="checkbox"/> SSPS 。必须附上 DSHS 18-399 SSPS 客户/服务提供者溢付款计算表格; 或者, 更好的做法是通过电子方式将溢付款提交至: https://sspsoverpayments.dshs.wa.lcl/ b. <input type="checkbox"/> 非 SSPS 。必须附上 DSHS 18-399A 非 SSPS 个案当事人/服务提供商/服务提供者溢付款 AFRS 编码计算表格。
7. a. * 授权编号: b. * 行: c. * 后缀:
8. * 服务描述:
9. * 接收者姓名:

* 参见说明, 了解“Multiple”。

10. 我们确认, 自 _____ 到 _____ 您已收到货物或服务的溢付款, 金额为美元 \$_____。

11. 溢付款错误: 服务提供商/服务提供者 部门

12. 溢付款解释:

我们必须于接获此通知函之日起二十(20)天之前收到付款。将抬头为“DSHS / OFR”的支票或汇票 (包括所有付款、信件和通话) 发送至:

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR)
PO BOX 9501 MS 45862
OLYMPIA WA 98507-9501

如果需要安排还款, 请致电财务追缴处服务提供商追缴专线:

(360) 664-5700
1-800-562-6114 (免费电话) 分机 45919
1-800-833-6388 (TTY 华盛顿州中继转接服务专线)

如果您不同意此通知函, 可以请求行政听证。您的请求书必须以书面形式提交, 并包含下列信息:

- 您的姓名、地址、电话号码, 以及服务提供商/服务提供者号码 (请在每一页上填写此情况)。
- 陈述您认为此通知函内容有误的理由, 并包括所有证明文件。
- 财务追缴处 (地址如上所列) 必须于您接获此通知函之日起二十八(28)天之前收到您的请求书。
- 应采用要求回执的保递邮件(CMRRR)寄送, 请发送电子邮件至: OFRMMISVendor@dshs.wa.gov, 请发送传真至: (360) 664-8410, 或者采用另一种可追踪的交付服务。

如果您的溢付款因为行政听证会的结果而减少或增加, 则您不再拥有通过财务追缴处举行听证的权力。参阅您的“上诉权最终裁决令”。如果您的溢付款因为本部门做出的更改而增加, 则您仅对增加的金额拥有听证权利。

我们可透过以下方式征收溢付款: 对您的不动产或私人财产提出留置权、住宅止赎、查封和销售, 颁发扣缴与交付命令 (工资扣押), 或者我们可以采用的其它征款措施, 藉以征收溢付款债款 (华盛顿州修正法规 RCW 43.20B.675)。

我们将向您收取利息, 以及与此溢付款征收相关的任何费用 (华盛顿州修正法规 RCW 43.20B.695)。

13. 工作人员电话号码	14. 工作人员电子邮件地址	15. 工作人员姓名 (印刷体)
--------------	----------------	------------------