



**Повідомлення надавача
послуг/постачальника
про переплату
Vendor / Provider
Overpayment Notice**

1. ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ ТА АДРЕСА НАДАВАЧА ПОСЛУГ / ПОСТАЧАЛЬНИКА

2. Дата:
3. Платіжна система:
4. Звітний підрозділ: або індекс організації:
5. Ідентифікатор платіжної системи для надавача послуг / постачальника: VR
6. Оберіть один із наведених нижче пунктів: a. <input type="checkbox"/> SSPS. Необхідно додати форму DSHS 18-399 SSPS - Відомість про розрахунок переплати для клієнта / постачальника послуг, яка стосується SSPS (SSPS Client / Provider Overpayment Computation Sheet); або, бажано, подати переплату в електронному вигляді за адресою: https://sspsoverpayments.dshs.wa.lcl/ b. <input type="checkbox"/> Не стосується SSPS. Необхідно додати форму DSHS 18-399A — Відомість про розрахунок та визначення коду AFRS для переплати для клієнта / надавача послуг / постачальника послуг, яка не стосується SSPS.
7. a. * Номер авторизації: b. * Лінія: c. * Суфікс:
8. * Опис послуги:
9. * Ім'я та прізвище отримувача:

* Див. інструкції щодо терміну «Multiple» («Кількаразовий»).

10. Ми визначили, що ви отримали переплату за товари чи послуги від ____ до ____ у розмірі \$ ____.

11. Помилка переплати: Надавача послуг / Постачальника Відділення

12. Пояснення щодо переплати:

Ми маємо отримати оплату впродовж двадцяти (20) днів від одержання цього повідомлення. Надішліть чек або платіжне доручення (зазначте номер надавача послуг / постачальника на всіх платіжних документах, кореспонденції та згадайте під час телефонних переговорів) на користь «DSHS / OFR» на адресу:

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

Якщо ви маєте вжити відповідних заходів щодо забезпечення повернення переплачених коштів, зателефонуйте до Управління відшкодувань із боку постачальників (Vendor recovery) Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery):

(360) 664-5700
1-800-562-6114 (безкоштовний номер) додатковий номер 45919
1-800-833-6388 (телетайп-ретранслятор штату Вашингтон)

Якщо ви не погоджуєтеся з даними цього повідомлення, ви можете запросити проведення адміністративного слухання. Відповідний запит має бути оформлений у письмовому вигляді і містити таку інформацію:

- Ваші прізвище й ім'я, адресу, номер телефону і номер продавця / постачальника (зазначте ці дані на кожній сторінці).
- Зазначте причину, з якої ви вважаєте, що дані цього повідомлення є невірними, й додайте будь-які підтверджувальні документи.
- Запит має бути отриманий в Бюро фінансових відшкодувань (знаходиться за зазначеною вище адресою) впродовж двадцяти восьми (28) днів з дня отримання цього повідомлення.
- Має бути надісланий з вимогою повідомлення щодо отримання (Certified Mail Return Receipt Requested, CMRRR), електронною поштою на OFRMMISVendor@dshs.wa.gov, факсом на (360) 664-8410, або в інший спосіб, який передбачає можливість відстеження.

Якщо розмір вашої переплати був зменшений або збільшений за результатами адміністративного слухання, ви більше не маєте права на розгляд справи в Бюро фінансових відшкодувань (Office of Financial Recovery). Зверніться до свого остаточного рішення щодо прав на апеляцію. Якщо розмір вашої переплати був збільшений у зв'язку зі змінами, внесеними Департаментом, ви маєте право на слухання лише щодо суми збільшення.

Для отримання переплачених коштів ми можемо скористатися такими засобами впливу, як арешт власності, відчуження, конфіскація або продаж нерухомого або вашого особистого майна, розпорядження про утримання на перерахування коштів (арешт коштів боржника, що знаходяться у третьої особи) або іншими доступними засобами, за допомогою яких ми зможемо повернути переплачені кошти (RCW 43.20B.675).

Ми можемо нарахувати проценти або стягнути з вас плату за будь-які послуги, надані у зв'язку з поверненням переплачених коштів (RCW 43.20B.695).

13. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБІТНИКА

14. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ РОБІТНИКА

15. ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я РОБІТНИКА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)