



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
PO BOX 9501 OLYMPIA WA 98507-9501

个案当事人溢付款通知书
Client Overpayment Notice

1. 个案当事人姓名与地址

2. 日期:	3. OFA/审计编号:
4. 支付系统: Select one.	
5. 报告单位: 或 AFRS 组织索引:	
6. * 支付系统的个案当事人身份识别号码:	
7. 出生日期:	
8. 请在下列各项中选择一项: a. <input type="checkbox"/> SSPS. 必须附上 DSHS 18-399 SSPS 个案当事人/服务提供者溢付款计算表格。 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。	
9. ACES 个案当事人补助领取组织识别号码:	
10. 授权号码: 行: 后缀:	
11. ** 服务描述: ** 参见说明, 了解“Multiple”。	

12. 我们向您溢付了\$ (从 至)。

13. 发生这种情况的原因是:

14. 发生溢付的原因: 个案当事人 部门

14.a. 忽略超额规定: 是 否

如果您对溢付款的金额或原因有任何疑问, 请致电:

15. 工作人员姓名:	16. 工作人员电话号码: 电子邮件:
-------------	------------------------

A. 请在您用以偿还溢付款的个人支票或银行汇票之收款人一栏内填写“**DSHS / OFR**”, 并将此支票或银行汇票寄送至:

Department of Social and Health Services (DSHS)
Office of Financial Recovery (OFR)
Client Enforcement Unit (CEU)
PO Box 9501 MS 45862
Olympia, WA 98507-9501

B. 如果您愿意商议一项付款安排, 请致电 DSHS 财务追缴处个案当事人执法组, 电话号码是:

(360) 664-5700 (Olympia)
1-800-562-6114 (免费电话) 分机 16183
1-800-833-6388 (TTY 华盛顿州转接服务)

C. 如果您不偿还该款项, 我们仍可采取征款措施。例如, 我们可从您的薪资中扣除这一款项, 提出对您的留置权 (这将出现于您的信用报告中), 并从您的银行存款中扣缴这一款项。

D. 如果您对溢付款的原因有异议, 您有权提请举行一次行政听证会, 但只能通过书面申请。从您收到此通知函之日起, 您有九十(90)天时间提出举行一次听证会的请求。请在书面申请的每一页上写明您的个案当事人身份识别号码, 并采用要求回执的保递邮件(CMRRR)或其它可循踪的交付服务形式将您的申请寄送到: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489。

E. 如果您的溢付款因为行政听证会的结果而减少或增加, 则您在财务追缴处不再拥有听证权利。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。

个案当事人溢付款通知函 DSHS 18-398 填写说明

完整的个案当事人溢付款包必须包括：a) DSHS 18-398，个案当事人溢付款通知函表格；和 b) DSHS 18-399，社会服务错误付款计算表格或 DSHS 18-399A，非 SSPS 个案当事人/服务提供商/服务提供者溢付款通知函 AFRS 编码计算表格。您可在线找到所有表格，网址是 <https://forms.dshs.wa.lcl/>。请在线填写所有表格，并以电子邮件附件的形式发送至：clientop@dshs.wa.gov 或者打印并通过州邮寄服务寄送至财务追缴处(OFR)：MS 45862，或者使用美国邮政服务(USPS)：OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501。

如果您有任何疑问，或需要任何其他帮助，请发送电子邮件至：clientop@dshs.wa.gov

A. 填写溢付款表格

必须输入。必须填写所有字段。 DSHS 通知函应以专业的方式代表华盛顿州。通知函必须清楚易读，以满足 OFR 输入要求及作为对个案当事人的债务通知。

请勿将溢付款的副本发送或给予个案当事人。OFR 将在确立债务后，适当地通知他们有关该债款。

1. **个案当事人姓名与地址：**请按照支付系统中所显示的提供个案当事人的姓名与地址。
2. **日期：**输入填写 DSHS 18-398 的日期。
3. **OFA/审计编号：**输入适用于此溢付款的任何 OFA/审计编号。
4. **支付系统：**输入完成初次付款所用的支付系统的首字母缩写。例如：**SSPS**（社会服务支付系统）、**IPOne** (Individual ProviderOne)、**SSBP**（社会服务计费 and 支付系统）或 **P1Med** (ProviderOne Medical)。
5. **报告单位或 AFRS 组织索引：**输入授权付款的办事处的报告单位或 AFRS 组织索引。
6. **支付系统的个案当事人身份识别号码：**输入发生溢付款的个案当事人身份识别号码。
7. **出生日期：**以月/日/年格式输入个案当事人的出生日期。
8. 勾选 **SSPS** 或非 **SSPS** 的复选框，并添加相关计算表格（18-399 或 18-399A）。
 - a. **SSPS** - 如果使用 **SSPS** 完成付款，勾选此复选框；必须附上 DSHS 18-399 社会服务错误付款计算表格。
 - b. **非 SSPS** - 如果不使用 **SSPS** 完成付款，勾选此复选框；必须附上 DSHS 18-399A 非 **SSPS** 个案当事人/服务提供商/服务提供者溢付款通知函，针对非 **SSPS** 溢付款的 AFRS 编码计算表格。
9. **ACES 个案当事人补助领取组织识别号码：**输入 ACES 个案当事人补助领取组织识别号码（如有）。
10. **授权号码：**从完成付款的系统中输入授权编号。如果溢付款中涉及多个授权，请输入单词“Multiple”，并将所有授权均列在相关计算表格中（18-399 或 18-399A）。

授权行号：从完成付款的系统中输入授权行号（如适用）。

授权后缀：从完成付款的系统中输入授权后缀编号（如适用）。
11. **服务描述：**提供所提供的服务的描述。如果溢付款中涉及多个服务描述，请输入单词“Multiple”，并将所有授权均列在相关计算表格中（18-399 或 18-399A）。
12. **溢付款金额和服务期：**输入溢付款发生的开始时间和结束时间以及溢付款金额。
13. **溢付款解释：**提供对溢付款产生原因的简要解释。
14. **发生溢付错误的原因：**勾选引起溢付款的人员，“个案当事人”或“部门”。
 - 14.a. **忽略超额规定：**如果个案当事人溢付款的原因是个案当事人责任认定的追溯性增加，而该情况未反映在 ACES 和 ProviderOne 中，请选择“是”，否则选“否”。
15. **工作人员姓名：**在此方框中输入您的姓名。
16. **工作人员的电话号码和电子邮件地址：**包括您的直接电话号码和电子邮件地址。

B. 溢付款修改

修改溢付款时，请勿在旧的溢付款通知函表格上写“取消”或任何其他手写信息。按照上方第 A 部分的说明，填写新表格。使用今天的日期。

在方框 13 中输入：“这是对溢付款（日期 mm/dd/yyyy）的修改”，然后解释修改溢付款的原因。此信息将使 OFR 员工明确了解要修改的债款，并是对个案当事人有用的解释。