



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

수혜자 초과지불 통지서
Client Overpayment Notice

1. 수혜자 이름 및 주소

12. 우리는 귀하에게 부터
까지 금액(달러)을 초과지불했습니다.

13. 초과지불된 이유:

14. 초과 지불 사유: 수혜자 부서
14.a. 총액 초과 규칙 무시: 예 아니요

해당 금액 또는 초과지불된 이유에 관한 질문은 다음 번호로 전화하십시오.

15. 담당 직원 이름:	16. 담당 직원 전화번호: 이메일:
---------------	-------------------------

A. 초과 지불받은 금액의 수표 또는 우편환(머니 오더)을 "DSHS / OFR" 앞으로 발급해 다음 주소로 보내주십시오.

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. 채무 지불 계획에 관해 의논하려면 아래 DSHS 채무회수국, Client Enforcement Unit으로 전화하십시오.

(360) 664-5700 (Olympia)
1-800-562-6114 (무료) Ext. 16183
1-800-833-6388 (TTY 워싱턴주 교환 서비스)

C. 초과지불금을 환불하지 않으실 경우 당국은 이 금액을 징수할 수 있습니다. 예를 들어 급료로 받는 수표에서 해당 금액을 압류하거나, 신용거래 보고서에 나와 있는 귀하의 이름으로 선취특권을 신청해 놓을 수 있으며, 귀하의 은행계좌에서 돈을 압류해 갈 수 있습니다.

D. 초과지불 받은 것에 동의하지 않을 경우 서면으로만 행정심의회를 신청할 권리가 있습니다. 행정심의회는 이 통지서 수령일로부터 90일 이내에 신청해야 합니다. 행정심의회 신청은 서신으로 신청하되, 각 페이지에 수혜자의 ID 번호를 반드시 기재하여, 배달 증명 우편 반신 수령증(CMRRR) 또는 기타 추적 가능한 배달 서비스를 통해 아래 주소로 보내주십시오. Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.

E. 행정심의회 결과로 인해 초과지불 금액이 증가하거나 감소한 경우, 더 이상 금융자산회수청(Office of Financial Recovery)을 통해 심의회를 실시할 권리를 갖지 못하게 됩니다. 항소 권리는 귀하의 최종 명령서(Final Order)를 참조하십시오. 해당 부서의 변경에 따라 초과지불 금액이 증가된 경우, 귀하는 증가된 금액에 대해서만 심의회를 실시할 권리를 갖습니다.

2. 날짜:	3. OFA / 감사 번호:
4. 결제 시스템: Select one.	
5. 보고 단위: 또는 AFRS 조직 인덱스:	
6. * 결제 시스템의 수혜자 ID 번호:	
7. 생년월일:	
8. 다음 중 하나를 선택하십시오. a. <input type="checkbox"/> SSPS. DSHS 18-399 SSPS 수혜자/공급자 초과지불 산정 시트를 첨부해야 합니다. b. <input type="checkbox"/> 비 SSPS. DSHS 18-399A 비-SSPS 수혜자/벤더/공급자 초과지불 AFRS 코딩 산정 서식을 첨부해야 합니다.	
9. ACES AU ID 번호:	
10. 승인 번호: 라인: 접미사:	
11. **서비스 설명: ** "배수(Multiple)"에 대한 설명서를 확인하세요	

* 모든 지불금, 서신, 첨부문서, 전화 통화 시 수혜자 ID 번호를 사용해 주십시오.

수혜자 초과지불 통지서, DSHS 18-398 작성 설명서

전체 수혜자 초과지불 패키지에는 다음이 포함되어야 합니다. a) 양식 DSHS 18-398, 수혜자 초과지불 통지서; 및 b) 양식 DSHS 18-399, Social Service Incorrect Payment Computation 또는 양식 DSHS 18-399A, 비-SSPS 수혜자 / 벤더 / 공급자 초과지불 통지 AFRS Coding Computation. 모든 서식은 다음 온라인 주소 <https://forms.dshs.wa.lcl/>에서 이용하실 수 있습니다. 모든 양식을 온라인으로 작성하고 이메일에 첨부하여 다음으로 보내십시오. clientop@dshs.wa.gov 또는 인쇄하여 주 우편 서비스를 통해 재무회수국(Office of Financial Recovery, OFR) MS 45862 또는 United States Postal Service(USPS)로 보내주십시오. OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501. 질문이 있거나 다른 지원이 필요하시면 다음 주소로 이메일을 보내 주십시오. clientop@dshs.wa.gov

A. 초과지불 양식 기입

입력되어야 합니다. 모든 필드의 입력은 필수입니다. DSHS 통지서 워싱턴 주를 전문적인 방식으로 표현해야 합니다. 통지서 OFR의 입력 필요와 수혜자에 대하여 채무 통지로서 합법적입니다.

수혜자에게 초과지불 서식 사본을 보내거나 주지 마십시오 OFR은 채무를 **확정한 후에 적절히 통보할 것**입니다.

1. 수혜자 이름 및 주소: 결제 시스템에 기재된 수혜자의 이름과 비즈니스 주소를 적으십시오.
2. 날짜: DSHS 18-398을 작성한 날짜를 입력하십시오.
3. OFA / 감사 번호: 초과지불에 해당되는 모든 OFA / 감사 번호를 입력합니다.
4. 결제 시스템: 첫 결제할 때 사용한 결제 시스템의 약어를 입력하십시오. 예를 들어: **SSPS** (Social Service Payment System: 사회복지결제시스템), **IPOne** (Individual ProviderOne), **SSBP** (Social Service Billing and Payment System: 사회복지 대금청구 및 결제 시스템) 또는 **P1Med** (ProviderOne Medical).
5. 보고 단위 또는 AFRS 조직 인덱스: 결제를 인증한 재무 회수국의 보고 단위 또는 AFRS 조직 인덱스를 입력하십시오.
6. 결제 시스템의 수혜자 ID: 초과지불이 발생한 수혜자의 ID 번호를 입력합니다.
7. 생년월일: 수혜자의 생년월일을 월/일/년(mm/dd/yyyy) 형식으로 입력합니다.
8. **SSPS 또는 비-SSPS** 중에서 체크할 박스를 선택하고 관련 산정 시트(18-399 또는 18-399A)를 포함시킵니다.
 - a. SSPS – SSPS가 결제를 했다면 이 박스에 체크 표시 하십시오. DSHS 18-399 사회복지 부정확 결제 산정 서식을 첨부해야 합니다.
 - b. 비-SSPS – SSPS가 결제를 하지 않았다면 이 박스에 체크 표시 하십시오. 비-SSPS 초과지불에 대한 DSHS 양식 18-399A 비-SSPS 수혜자/벤더/공급자 초과지불 통지서 서식, AFRS 코딩 산정서를 첨부해야 합니다.
9. ACES AU ID 번호: 가능하면 ACES AU ID를 입력하십시오.
10. 승인 번호: 결제한 시스템에서 인증 번호를 입력합니다. 초과 지불에 둘 이상의 인증이 관련된 경우 단어 “Multiple”을 입력하고 모든 관련 산정 서식(18-399 또는 18-399A)에 기재합니다.

인증 라인 번호: 해당되는 경우 결제한 시스템에서 인증 라인 번호를 입력합니다.
인증 접미사: 해당되는 경우 결제한 시스템에서 인증 접미사 번호를 입력합니다.
11. 서비스 설명: 제공되는 서비스에 대한 설명을 입력합니다. 초과 지불에 둘 이상의 서비스 설명이 관련된 경우 단어 “Multiple”을 입력하고 모든 관련 산정 서식(18-399 또는 18-399A)에 기재합니다.
12. 금액 및 초과지불 서비스 기간: 초과지불이 발생한 기간의 금액과 시작 및 종료 기간을 입력합니다.
13. 초과지불에 대한 설명: 초과지불의 원인에 대해 간략히 설명합니다.
14. 초과지불 오류의 원인: 초과지불의 원인이 “수혜자”와 “부서” 중에서 어느 쪽에 있는지 체크 표시하십시오.
- 14.a. 총액 초과 규칙 무시: 수혜자 초과지불이 수혜자 책임 결정의 소금액 증가로 인한 것이며 소금액 증가가 ACES와 ProviderOne에 반영되지 않았다면 “예”를 선택하시고 그렇지 않으면 “아니요”를 선택하십시오.
15. 담당 직원 이름: 이 박스에 귀하의 이름을 정자체로 입력하십시오.
16. 직원의 전화번호 및 이메일 주소: 귀하의 직통 전화번호와 이메일 주소를 포함시킵니다.

B. 초과지불금 수정

초과지불금을 수정할 때, 초과지불 통지서 옛 서식에 “취소” 또는 다른 수기 정보를 쓰지 마십시오. 위에서 언급된 A섹션의 지침에 따라서 새 서식을 작성합니다. 오늘 날짜를 기입합니다.

박스 13에 다음 내용을 타이핑하십시오. “이것은 몇 월/몇 일/몇 년 초과지불금을 수정한 것입니다”, 그리고 나서 왜 초과지불금이 수정 중인지 설명하십시오. 이 정보는 어떤 부채를 수정해야 할지 OFR 직원이 명확하게 알게 하고 수혜자에게도 도움이 될 것입니다.