



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

**Уведомление о переплате клиенту**  
**Client Overpayment Notice**

1. ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА

2. Дата:	3. № OFA / проверки:
4. Платежная система: Select one.	
5. Учетное подразделение: AFRS:	или индекс отделения
6. * Идентификатор клиента в платежной системе:	
7. Дата рождения:	
8. Выберите один из следующих вариантов: a. <input type="checkbox"/> SSPS. Необходимо приложить формуляр расчета переплаты для клиента или поставщика, действующих в системе SSPS: DSHS 18-399 SSPS Client / Provider Overpayment Computation Sheet. b. <input type="checkbox"/> Не SSPS. Необходимо прикрепить формуляр расчета переплаты для клиента, продавца или поставщика, действующих вне системы SSPS для системы AFRS: DSHS 18-399A Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment AFRS Coding Computation.	
9. Идентификационный номер ACES AU:	
10. Номер разрешения: Строка: Суффикс:	
11. ** Описание услуги: ** См. инструкции в отношении «Несколько».	

12. Мы переплатили вам \$ с  
по .

13. Это произошло по следующей причине:

14. Причина переплаты:  Клиент  Департамент  
14.а. Игнорировать правило о превышении валовой суммы расходов (over-gross rule):  Да  Нет

**Если у вас есть какие-либо вопросы по сумме или причине переплаты, пожалуйста, звоните по номеру:**

15. Имя и фамилия работника:	16. Телефон работника:	Электронная почта:
------------------------------	------------------------	--------------------

- A. Отправьте чек или денежный перевод, выписанный на имя «**DSHS / OFR**», на сумму, которую вам переплатили, по адресу:  
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. Если вы хотели бы обсудить план выплат, позвоните в Подразделение по взысканию финансовых средств с клиентов Службы по взысканию финансовых средств Департамента DSHS по номеру:  
(360) 664-5700 (Олимпия)  
1-800-562-6114 (Бесплатный номер) доб. 16183  
1-800-833-6388 (Телетайп — коммутационная система штата Вашингтон)
- C. В случае невыплаты указанной суммы она может подлежать принудительному взысканию. Например, мы можем взыскать сумму из вашей зарплаты; подать иск о наложении ареста на ваше имущество, что отразится на вашей кредитной истории; либо изъять денежные средства с вашего банковского счета/счетов.
- D. Если вы не согласны с причиной переплаты, у вас есть право запросить проведение административного слушания, но только с подачей письменного запроса. У вас есть девяносто (90) дней с момента получения настоящего уведомления, чтобы запросить проведение слушания. Отправьте ваше заявление в письменной форме, указав идентификационный номер клиента на каждой странице, заказным письмом с уведомлением (Certified Mail Return Receipt Requested, CMRRR) или курьерской почтой с возможностью отслеживания по адресу: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489.
- E. Если сумма переплаты будет уменьшена или увеличена по итогам административного слушания, то вы утратите право на подачу запроса о проведении слушания через Службу по взысканию финансовых средств (Office of Financial Recovery). Сверьтесь с информацией о праве на обжалование, указанной в окончательном постановлении (Final Order). Если сумма переплаты была увеличена в связи с изменением, внесенным Департаментом, то вы будете иметь право подать запрос на проведение слушания в отношении только лишь той суммы, на которую было увеличено требование о погашении переплаты.

## Инструкция по заполнению уведомления о переплате клиенту (DSHS 18-398)

Полный пакет документов, связанных с переплатой клиенту, должен включать в себя: а) формуляр DSHS 18-398 Уведомление о переплате клиенту (Client Overpayment Notice); и б) формуляр DSHS 18-399 для подсчета неверной суммы оплаты социальных услуг (Social Service Incorrect Payment Computation) **или** формуляр DSHS 18-399A, Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice AFRS Coding Computation. Все формуляры доступны в интернете на <https://forms.dshs.wa.lcl/>. Заполните все формуляры в отношении переплаты онлайн и отправьте в качестве вложения к электронному сообщению на адрес: [clientop@dshs.wa.gov](mailto:clientop@dshs.wa.gov) **или** распечатайте формуляр и направьте его посредством почтовой службы штата в адрес Office of Financial Recovery (OFR) at MS 45862 **или** почтовой службой United States Postal Service (USPS): OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY, PO BOX 9501, OLYMPIA WA 98507-9501

Если у вас возникли какие-либо вопросы или вы нуждаетесь в помощи, отправьте сообщение электронной почты на адрес: [clientop@dshs.wa.gov](mailto:clientop@dshs.wa.gov)

### А. Заполнение формуляра о переплате

**Заполняется печатными буквами. Необходимо указать данные во всех полях.** Уведомления Департамента DSHS представляют штат Вашингтон и должны быть оформлены надлежащим образом. Уведомления должны быть удобочитаемы для внесения изменений службой OFR и для клиентов, для которых они являются извещениями о задолженности.

**НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ и не передавайте копию формуляра о переплате клиенту. Служба OFR сообщит ему об имеющейся у него задолженности после определения задолженности Службой OFR.**

- Фамилия, имя и адрес клиента:** Укажите фамилию/имя и адрес клиента в соответствии с данными платежной системы.
- Дата:** Введите дату заполнения формуляра DSHS 18-398.
- Номер OFA / проверки:** Введите номер OFA / проверки, относящийся к соответствующей переплате.
- Платежная система:** Укажите сокращенное обозначение платежной системы, с помощью которой была осуществлена первоначальная оплата. Например: **SSPS** (Social Service Payment System), **IPOne** (Individual ProviderOne), **SSBP** (Social Service Billing and Payment System) или **P1Med** (ProviderOne Medical).
- Учетное подразделение или индекс отделения AFRS:** Укажите учетное подразделение или организационный индекс отделения AFRS, авторизовавшего оплату.
- Идентификатор клиента в платежной системе:** Введите идентификатор клиента, к которому относится допущенная переплата.
- Дата рождения:** Укажите дату рождения клиента в формате мм/дд/гггг.
- Поставьте галочку напротив SSPS или Не SSPS и приложите соответствующий бланк расчетов (18-399 или 18-399A).
  - SSPS** — Поставьте галочку здесь, если платеж был совершен SSPS; необходимо приложить формуляр DSHS 18-399 Подсчет неправильной суммы оплаты социальных услуг (Social Service Incorrect Payment Computation).
  - Не SSPS** — Поставьте галочку здесь, если SSPS **не осуществила** этот платеж; необходимо приложить формуляр DSHS 18-399A Non-SSPS Client / Vendor / Provider Overpayment Notice AFRS Coding Computation для переплат, не относящихся к SSPS.
- Идентификационный номер ACES AU:** Укажите идентификатор ACES AU, если он имеется.
- Номер разрешения:** Укажите номер авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж. Укажите «Несколько», если было использовано несколько авторизаций и перечислите их на отдельном вычислительном бланке (18-399 или 18-399A).

**Номер строки авторизации:** Укажите номер строки авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж, если это применимо.

**Суффикс авторизации:** Укажите номер суффикса авторизации в системе, в которой был осуществлен платеж, если это применимо.
- Описание услуги:** Опишите предоставленную услугу. Укажите «Несколько», если было использовано несколько авторизаций и перечислите их на отдельном вычислительном бланке (18-399 или 18-399A).
- Сумма за переплаченную услугу и период переплаты:** Укажите дату начала и окончания периода переплаты, а также сумму переплаты.
- Разъяснение переплаты:** Кратко объясните причину переплаты.
- Причина ошибки, приведшей к переплате:** Укажите, по чьей вине произошла переплата, указав «Клиент» или «Департамент».
- а. Игнорировать правило о превышении валовой суммы расходов (over-gross rule): Если переплата клиенту является результатом ретроактивно установленного повышения суммы финансовых обязательств клиента и такое повышение не отражено в ACES или ProviderOne, выберите «Да», в противном случае выберите «Нет»
- Имя и фамилия работника:** Укажите свои фамилию/имя в этом поле.
- Номер телефона и адрес электронной почты работника:** Укажите свой прямой номер телефона и адрес электронной почты.

### Б. Изменение (-я) в отношении переплаты

Если вы вносите изменения в отношении переплаты, **НЕ** пишите от руки «Отмена» и не ставьте иных пометок на старом формуляре уведомления о переплате. Заполните новый формуляр, следуя инструкциям из Раздела А выше. Укажите текущую дату.

В поле 13 укажите: **«Это изменение данных о переплате от мм/дд/гггг»,** затем объясните причину внесения изменений. Эта информация даст понять OFR, данные какой задолженности должны быть изменены; она также обеспечит необходимые разъяснения клиенту.