

CAROLINE DU NORD
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Division des services sociaux
LETTRE CONCERNANT UNE ÉMISSION EXCÉDENTAIRE OU TROP-PERÇU

Notification de réclamation

N° de dossier du programme

N° de dossier du comté

Type de réclamation :

Il a été déterminé que vous ou votre ménage avez reçu un excédent de Services d'alimentation et de nutrition de \$ de plus par rapport au montant que vous aviez le droit de recevoir durant les mois de

en raison de :

Contactez le bureau des Services d'alimentation et de nutrition du comté pour savoir comment nous avons déterminé le montant de cette réclamation. Le montant de la réclamation correspond à la différence entre l'allocation reçue et l'allocation que le ménage aurait dû recevoir. Une moyenne des salaires de la commission de la sécurité de l'emploi (Employment Security Commission) peut avoir été établie pour calculer le montant de cette réclamation.

- Si cette case est cochée, vous et votre ménage devez rembourser la valeur du surplus des Services d'alimentation et de nutrition que vous avez reçus.
- Si cette case est cochée, nous vous devons des prestations provenant de mois antérieurs. Pour cette raison, le montant que vous devez payer a été réduit. Vous nous devez maintenant \$ au lieu du montant initial indiqué ci-dessus.

Vos responsabilités

TOUS LES MEMBRES ADULTES DU MÉNAGE ONT LE MÊME NIVEAU DE RESPONSABILITÉ VIS-À-VIS DE LA RÉCLAMATION. Vous devez faire tous les efforts possibles pour payer la totalité du montant que vous devez. Si vous n'avez pas pris les dispositions au préalable pour un remboursement total, et que vous ne pouvez pas payer la totalité du montant maintenant, des dispositions pour un remboursement total doivent être prises. Les membres de l'agence peuvent procéder à une réduction d'une partie de la réclamation, s'ils pensent que le ménage n'est pas capable de rembourser la réclamation. Si vous bénéficiez effectivement des Services d'alimentation et de nutrition, et que vous n'avez pas pris de dispositions préalables pour un remboursement de la somme totale, le montant des Services de nutrition et d'alimentation que vous recevez chaque mois sera réduit de 10 % ou de 10 \$ (le montant le plus important prévalant) qu'il s'agisse d'une erreur administrative ou d'une réclamation erronée par inadvertance du ménage ; ou de 20 % ou 20 \$ (le montant le plus important prévalant) pour une violation intentionnelle du programme, jusqu'à ce que la somme réclamée soit totalement payée. Le montant de cette réduction peut changer si votre allocation des Services d'alimentation et de nutrition change. Vous pouvez faire un paiement supplémentaire en espèces ou un paiement à partir de votre compte EBT (transfert électronique de prestation) en contactant votre bureau local des Services d'alimentation et de nutrition.

À moins que des dispositions écrites ne soient prises pour rembourser le montant de la réclamation, la dette sera envoyée au Département du Trésor américain pour recouvrement, par l'intermédiaire du programme de compensation du Trésor (Treasury Offset Program).

Tous les membres adultes du ménage ont le même niveau de responsabilité vis-à-vis de la réclamation. Si elle n'est pas recouvrée d'une autre manière, la réclamation peut être renvoyée au Ministère de la justice pour litige.

Processus pour une audition équitable

À moins que le montant de la réclamation ait été précédemment établi lors d'une audition, vous pouvez bénéficier d'une audition équitable de votre dossier si vous n'êtes pas d'accord avec le montant de la réclamation, le montant du recouvrement, ou si la réclamation a été précédemment payée en totalité. Lors de l'audition, vous aurez l'occasion d'expliquer la raison de votre désaccord. Un responsable des auditions prendra ensuite une décision sur le dossier. Vous pouvez continuer à recevoir les services d'alimentation et de nutrition à votre taux courant si vous demandez une audition avant le _____. Cependant, vous pouvez par la suite être obligé(e) de rembourser une partie de ces prestations.

Vous avez 90 jours à compter de la date de cette lettre, _____ pour demander une audition. Si vous ne demandez pas une audition à cette date, vous ne serez pas autorisé(e) à bénéficier d'une audition. Pour demander une audition équitable, contactez les Services d'alimentation et de nutrition au

ou complétez et renvoyez le formulaire ci-dessous. Vous pouvez également contacter ce bureau pour en savoir plus sur le déroulement d'une audition équitable.

Si necesita ayuda para entender esta carta de notificación de un pago excesivo, comuníquese con la unidad de integridad de este programa en el departamento de servicios sociales del condado indicado arriba.

Si vous voulez une audition équitable, remplissez ce formulaire, détachez-le et envoyez-le à :

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

N° de dossier du comté _____

N° de dossier du programme _____

Agent des réclamations _____

Date à laquelle la notification a été envoyée _____

Date à laquelle la demande a été reçue _____

DSS8554 (Rév. 09/08)

Section des services économiques

VOIR AU VERSO POUR PLUS D'INFORMATIONS

CAROLINE DU NORD
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Division des services sociaux
LETTRE CONCERNANT UNE ÉMISSION EXCÉDENTAIRE OU TROP-PERÇU

Nom de la personne qui demande une audition

Adresse

Numéro de téléphone auquel on peut vous joindre

Votre Signature

Date

Je souhaite une audition équitable parce que _____

Vos droits

Le ménage bénéficie de la possibilité d'obtenir une audition équitable en ce qui concerne la validité et le montant de la réclamation. À ce moment, le ménage bénéficie de la possibilité d'examiner et de copier les dossiers de l'agence et d'examiner avec l'agence les circonstances liées à la réclamation. Un conseil juridique gratuit peut être disponible dans votre comté. Contactez le bureau local de vos services légaux pour vous renseigner.

Dispositions nécessaires pour les paiements

Si vous ne recevez pas actuellement de Services d'alimentation et de nutrition, et que vous n'avez pris aucune disposition pour un remboursement total, vous devez choisir la méthode de remboursement en cochant la case appropriée ci-dessous. Vous devez ensuite signer et renvoyer ce formulaire au bureau des Services d'alimentation et de nutrition du comté dans les 10 jours. Le bureau du comté doit accepter cet accord de remboursement pour qu'il devienne exécutoire. Si vous ne signez pas et que vous ne renvoyez pas ce formulaire dans les 10 jours, le comté prendra une autre mesure de recouvrement. Si vous oubliez, ne serait-ce qu'un paiement, cet accord sera réputé nul et sera soumis à une autre mesure de recouvrement. D'autres mesures de recouvrement peuvent inclure, mais ne sont pas limitées à des poursuites en justice devant un tribunal civil, à l'interception d'un paiement fédéral, à l'interception du remboursement de l'impôt, ou à la saisie du salaire. Cette émission excédentaire pourrait être renvoyée vers une agence de recouvrement privée qui pourrait vous demander de payer des frais de traitement et/ou des arriérés applicables. Votre premier paiement est dû dans les 30 jours à partir de la date de cette notification, sans retard. Le montant total de cette dette est échu et exigible, au cas où négligeriez cet accord en oubliant de payer un paiement. Veuillez appeler le bureau du comté au numéro de téléphone indiqué au verso de ce formulaire destiné à fournir des renseignements pour savoir à qui adresser vos paiements, pour savoir comment effectuer vos paiements et pour connaître les modes de paiement acceptés.

J'accepte de rembourser la totalité sous la forme d'un paiement forfaitaire.

J'accepte de faire des paiements mensuels en espèces d'un montant de _____ \$
le _____ jour de chaque mois jusqu'à ce que la réclamation soit payée en totalité.

signé _____

Date _____

accepté par _____