

Acuerdo de devolución de exceso de pago

Condado de \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_,

por medio de la presente, acepto pagarle al Departamento de Servicios Sociales del condado de \_\_\_\_\_

un total de \$ \_\_\_\_\_ por beneficios que recibí y a los cuales no tenía derecho. Este exceso de pago

es por los siguientes programas, fechas y montos (se debe completar la forma DSS-8604 por cada programa):

Programa Work First, \$ \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Servicios de Alimento y Nutrición, \$ \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Medicaid, \$ \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Entiendo que el monto de la reclamación de Medicaid puede cambiar porque los proveedores tienen 12 meses para presentar cargos y que se les pague. Acepto pagar todo reclamo adicional por esta razón. Se me comunicarán los cambios del monto del reclamo de Medicaid.

Pagaré de la siguiente manera:

Acepto pagar la cantidad total de este reclamo, \$ \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_

Acepto hacer un pago inicial de \$ \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ y luego pagar \$ \_\_\_\_\_ con regularidad el \_\_\_\_\_ de cada mes/semana (encierre en un círculo su selección) hasta pagar todo el saldo. (Los pagos de Servicios de Alimentos y Nutrición deben ser mensuales).

Los reclamos del Programa de Alimentos y Servicios de Nutrición deben ser pagados dentro del término de 36 meses y los pagos mensuales no pueden ser menores de \$25.00. Para ver el pago mínimo divida la cantidad que adeuda entre 36. Contacte a su oficina local de **Servicios de Alimentos y Nutrición** si no puede hacer los pagos mensuales debido a su situación.

Entiendo que este convenio debe ser aceptado por el Departamento de Servicios Sociales del condado para que sea válido. Este convenio se anula y debo pagar inmediatamente toda la cantidad adeudada si dejo de pagar aunque sea una sola vez. También entiendo que \_\_\_\_\_ son formas de pago aceptables. No enviaré pagos en efectivo por correo. Enviaré las formas de pago aceptables por correo a \_\_\_\_\_ o pagaré en persona la cantidad correcta en \_\_\_\_\_.

**No establecer un acuerdo de pago o no pagar de la manera acordada puede causar intercepción de pago federal y/o intercepción de reembolso de impuesto de la renta estatal y/o intercepción de cantidades ganadas en la lotería de educación de Carolina del Norte. No establecer un acuerdo de pago o no pagar como se ha acordado puede causar medidas legales civiles y otras actividades de recaudación.**

Firmado: \_\_\_\_\_ (Sello) Fecha: \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado o afirmado ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Sello) \_\_\_\_\_ (Notario público) Mi comisión vence el \_\_\_\_\_

Con mi firma, acepto este acuerdo de pago al Departamento de Servicios Sociales del condado de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Supervisor (opcional)