DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE CAROLINA DEL NORTE
INICIATIVA DEL SISTEMA DE CONTROL
PARA LA INTEGRIDAD DEL PROGRAMA

AVISO AL DEUDOR

ESTA CARTA ES PARA AVISARLE QUE SU REEMBOLSO DE IMPUESTOS DE CAROLINA DEL NORTE HA SIDO INTERCEPTADO

_____
Número de Seguro Social

Cantidad de estampillas de alimentos que se puede someter a intercepción por impuestos de Carolina del Norte	**$**
Cantidad del beneficio de AFDC/Work First que se puede someter a intercepción por impuestos de Carolina del Norte	**$**
Cantidad del beneficio de Medicaid/N.C. Health Choice que se puede someter a intercepción por impuestos de Carolina del Norte	**$**
CANTIDAD TOTAL	**$**

De acuerdo con nuestros registros, usted tiene una reclamación pendiente en los programas de Estampillas de Alimentos, AFDC/Work First o Medicaid / N.C. Health Choice. La reclamación se debe a que usted recibió asistencia pública a la que no tenía derecho.

Como usted no ha saldado la deuda, le avisamos al Departamento de Impuestos de Carolina del Norte que usted nos debe esta suma en reclamación. Le hemos indicado al Departamento de Impuestos que retenga cualquier reembolso de impuestos estatal al que usted pueda tener derecho y que nos pague la cantidad que usted nos debe de su reembolso. Esta medida se toma en conformidad con los Estatutos Generales de Carolina del Norte 105 (A) y el Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes 53, Capítulo 18.

El Departamento de Impuestos nos ha avisado que usted debe recibir un reembolso. En la parte superior de este aviso le mostramos la cantidad que se puede someter a intercepción por impuestos de Carolina del Norte. La cantidad del saldo de la suma en reclamación puede haber cambiado si en las últimas semanas ha efectuado pagos correspondientes a la suma en reclamación o si recientemente hubo una intercepción de impuestos federales.
Se le devolverá cualquier cantidad del reembolso de impuestos que sea interceptado y que supere el importe que está en reclamación. Los intereses que se devenguen sobre la cantidad del reembolso serán pagados de acuerdo con G.S. 105-266.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia para impugnar esta medida a menos que la deuda ya haya sido tratada en un litigio en una corte judicial. Para solicitar una audiencia, presente una Petición por escrito ante la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, por sus siglas en inglés). Usted debe enviar por correo o entregar personalmente el original y una copia de la Petición a la OAH en la dirección indicada abajo. Además, debe enviar por correo o entregar personalmente una copia de la Petición al organismo apelado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), a la dirección indicada abajo. Para solicitar una audiencia, tiene 30 días calendario a partir de la fecha de este aviso. Su solicitud de una audiencia debe enviarse por correo con franqueo prepagado y con la dirección exacta o debe entregarla personalmente antes de los 30 días a partir de la fecha de este aviso. Si una vez cumplidos los 30 días usted no ha solicitado la audiencia, habrá renunciado a la oportunidad de impugnar la medida y usaremos la cantidad de su reembolso para pagar lo que usted le debe al Departamento de Servicios Sociales del Condado.

Dirección postal de la OAH: **Office of Administrative Hearings** **6714 Mail Service Center** **Raleigh, NC 27699-6714** **(919) 733-2698**	**Dirección física de la OAH:** **Office of Administrative Hearings** **424 North Blount Street** **Raleigh, NC 27601** **(919) 733-2698**	**Dirección postal del DHHS:** **Ms. Satana T. DeBerry** **Office of Legal Affairs, DHHS** **2005 Mail Service Center** **Raleigh, NC 27699-2005**

Si tiene preguntas respecto a esta medida, comuníquese con la Sección de Integridad del Programa en el Departamento de Servicios Sociales que se indica a continuación.

DIRECCIÓN DEL CONDADO: **NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONDADO:**