

اتفاقية سداد الدفعة الزائدة
المقاطعة _____

أنا، القاطن في _____،
أوافق بموجبه على أن أسدد _____ لقسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي مبلغ إجمالي وقدره _____
دولار أمريكي عن الإعانات التي تلقيتها ولم تكن تحق لي. هذه الدفعة الزيادة خاصة بالبرامج، والتواريخ، والمبالغ
التالية:

إعانة برنامج معونة الأسر "العمل أولاً" بمبلغ _____ دولار أمريكي من _____ إلى _____

برنامج خدمات الطعام والتغذية بمبلغ _____ دولار أمريكي من _____ إلى _____

برنامج ميديكيد بمبلغ _____ دولار أمريكي من _____ إلى _____

أدرك أن مبلغ مطالبة ميديكيد قد يتغير نظرًا لأنه يُتاح للمقدمين 12 شهرًا لتحصيل الرسوم ودفعها. أوافق على دفع
المطالبات الإضافية لهذا السبب. سوف يتم إخطاري بأي تغييرات في مبلغ مطالبة ميديكيد.

سوف أقوم بالدفع بالطريقة التالية:

أوافق على دفع المبلغ الكامل لهذه المطالبة بمبلغ _____ دولار أمريكي بتاريخ _____

أوافق على تقديم دفعة مقدمة بمبلغ _____ دولار أمريكي بتاريخ _____
وأن أقدم دفعات منتظمة بمبلغ _____ دولار أمريكي بتاريخ _____ في كل شهر
/ أسبوع حتى دفع الرصيد بالكامل.
(ضع دائرة حول ما يسري)

أدرك أنه يجب قبول هذه الاتفاقية من قبل _____ قسم الخدمات الاجتماعية الإقليمي لكي تكون
مُلزمة. تُعد هذه الاتفاقية لاغية وباطلة ويصبح المبلغ كاملاً مُستحقًا وواجب الدفع حال عدم أداء دفعة واحدة. أدرك أيضًا أن
تُعد أشكال دفع مقبولة. لن

أرسل بالبريد دفعات نقدية. سيتم إرسال أشكال الدفع المقبولة بالبريد
أو سوف يتم أداء الدفعات شخصيًا وبالتغيير الصحيح في _____

في حالة العجز عن إبرام اتفاقية سداد أو الدفع حسب ما تم الاتفاق عليه أعلاه، قد يتسبب ذلك في إيقاف الدفعات الفيدرالية
و/أو إيقاف استرداد ضرائب الدخل المدفوعة بالزيادة في الولاية و/أو إيقاف مكاسب قرعة التعليم في كارولينا الشمالية. في
حالة العجز عن إبرام اتفاقية السداد أو الدفع حسب الاتفاق، قد يتسبب ذلك في رفع دعوى مدنية في محكمة و/أو نشاط تحصيل
آخر.

التوقيع: _____ (الختم) تاريخ: _____

تم التوقيع والقسم أو التأكيد أمامي في

_____ الموافق من _____ ، 20__

_____ (خاتم) _____ (كاتب العدل) ينتهي سريان تفويضي _____

يُعد توقيعني أدناه بمثابة موافقة مني على اتفاقية السداد هذه نيابة عن _____ قسم الخدمات
الاجتماعية الإقليمي.

المشرف (اختياري)

المحقق